



Análisis de Situación de Salud del Cantón de Cañas

Dr. Sánchez V. Juan Luis¹, Dra. Argueta D. Sonia², Ing. Porras M. Raquel³,
Ing. Sandoval V. Mayela³, Licda. Meza G. Jenary⁴ y Dra. Picón G. Daryana⁵

¹Dirección de Área Rectora

²Vigilancia de la Salud

³Regulación de la Salud

⁴Planificación Estratégica y

⁵ Armonización de Servicios de Salud

Año 2023



Tabla de contenidos

I.	Introducción.....	2
II.	Caracterización del Entorno	
	a. Descripción de las características geográficas	3
	b. Perfil demográfico del cantón	5
	c. Deportes y Recreación	12
	d. Infraestructura deportiva y esparcimiento	13
	e. Estilos de vida saludables	14
	f. Sector Salud.....	15
	g. Patrimonio cultural e histórico del Cantón de Cañas	16
	h. Organizaciones culturales y de rescate de valores y tradiciones	19
	i. Acceso de la población al desarrollo cultural	20
	j. Educación	21
	k. Índice de desarrollo humano (IDH)	29
	l. Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)	34
	m. Índice de desarrollo social cantonal (IDS)	36
	n. Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías	37
	o. Población económicamente activa (PEA)	39
	p. Tasa de ocupación	40



ASIS Cañas	3
q. Tasa de desempleo abierto	41
r. Indicadores de salud mental	42
s. Indicadores Servicios	57
t. Descripción de características de presencia de riesgos	62
III. Selección de los indicadores	71
IV. Priorización de los problemas	
a. Metodología de priorización del Equipo ASIS basado en mortalidad ...	71
b. Priorización de los problemas de salud con la comunidad	80
V. Análisis de los problemas priorizados	87
VI. Validación de las líneas de acción con la comunidad	122
VII. Bibliografía	142
VIII. Anexos	151



I. **Introducción**

El Ministerio de Salud en su rol rector tiene el reto de dirigir y conducir a los actores sociales en el ámbito local, regional y nacional, hacia el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud de la población. Esta dirección y conducción se basa en el enfoque de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, propiciando ambientes sanos y equilibrados.

Bajo esta premisa, el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) que a continuación se desarrolla, es el procedimiento de investigación y análisis que va a permitir conocer el proceso salud-enfermedad, reconocer los factores determinantes e identificar los problemas y necesidades prioritarias de salud de los cantones del país, de manera que también se convierta en la herramienta clave para optimizar la planificación local y la toma de decisiones en salud.

Este análisis local se enfoca en la perspectiva de participación multisectorial contemplados en la Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica, que se desarrolla mediante un proceso que permite la participación de los diferentes actores sociales locales representativos del cantón para la construcción objetiva de la realidad que viven los habitantes de Cañas, y el planteamiento de las respuestas que aseguren el bienestar de la población.



II. Caracterización del Entorno

a. Descripción de las características geográficas

El 11 de julio de 1878 y mediante Decreto Ejecutivo N°9 publicado en la Gaceta N°115 del mismo mes y año, se declara la creación del cantón de Cañas, localizado en la provincia de Guanacaste, a aproximadamente 165km de la capital del país, San José. El cual, representa el sexto cantón de la provincia con una altitud que oscila entre los 15 msnm y 1500 msnm. Además, se compone de cinco distritos: Cañas, Palmira, San Miguel, Bebedero y Porozal. Cuenta con un área territorial total de 687.05 km².

Sus límites consisten al norte con el cantón de Upala, al sur con el cantón de Abangares cuyo límite es el río Lajas; al este con el cantón de Tilarán cuyo límite natural es el río Corobicí y al oeste con el cantón de Bagaces cuyo límite está marcado por el río Bebedero y Blanco.

En cuanto a sus condiciones ambientales, se caracteriza por ser una zona ventosa y seca, con dos épocas bien definidas por su ubicación en un país tropical, la época seca y la lluviosa.

El sistema fluvial del cantón corresponde al de la vertiente del Pacífico, donde pertenecen las cuencas del río Bebedero que se origina de la confluencia de los ríos Blanco y Tenorio, y más arriba a los ríos Flores, Corobicí, Magdalena, Santa Rosa. Igualmente, el río Bebedero recibe a los ríos Cañas y Lajas. Estos cursos de agua presentan un rumbo noroeste a suroeste y de norte a sur, hasta desembocar en el río Tempisque.

Las principales actividades económicas de Cañas tienen que ver con la industria y el comercio, siendo el Ingenio Taboga una de las empresas más importantes dedicada a la siembra y procesamiento de caña de azúcar; además del cultivo de tilapia y su procesamiento para su



exportación que lleva a cabo las empresas del Grupo AquaCorporación Internacional (ACI), Terrapez S.A., AquaSea Costa Rica S. A., Biomar. Por otro lado, existe la ganadería de carne en diferentes haciendas y fincas del cantón. Asimismo, Cañas tiene en su territorio con plantas de producción hidroeléctrica Arenal y Sandillal, las que generan a su vez el Proyecto de Riego Arenal-Tempisque que benefician a parte de la zona baja de su territorio y del cantón vecino Bagaces. Además de los anteriores, sus pobladores tienen como fuente de empleo, las instituciones públicas, privadas y otras empresas que brindan sus servicios en el cantón.

El cantón cuenta con las instituciones de gobierno y privadas prestadoras de los principales servicios, a saber, ICE, MAG, SENASA, AyA, PANI, INDER, INTA, IMAS, MEP, Registro Civil, 3 bancos estatales, 2 universidades públicas (UNED y UTN), 1 universidad privada, SENARA, Delegación de Policía de Tránsito, Delegación de Fuerza Pública, Bomberos, Juzgados, Fiscalía, OIJ, Ministerio de Salud, CCSS, 4 gestores autorizados de residuos, y por supuesto, la Municipalidad como gobierno local.

En cuanto a establecimientos de salud y afines, en Cañas se cuenta con un Centro de Atención Integral en Salud de la CCSS (CAIS), sedes de EBAIS de la CCSS, Hogar de Larga Estancia de Adultos Mayores, consultorios de terapia física, centros de acondicionamiento físico, macrobióticas, ópticas, farmacias, clínicas de odontología y consultorios médicos generales.



b. Perfil demográfico del cantón

Según datos de la Unidad de Estadística del INEC, el cantón de Cañas registra una población total de 33393 habitantes, según la proyección del año 2022, a partir del censo 2011, lo que representa un 8.2% de la población total de la provincia de Guanacaste; de estos el 50.32% (16802) representa a la población femenina y el 49.68% (16591) a la masculina.

El distrito que concentra el mayor número de habitantes es Cañas con un 79.59%, seguido de Bebedero con el 7.73%, San Miguel con el 6.22%, Palmira con el 4.08% y el menos poblado, Porozal con el 2.39% de la población total del cantón (Tabla 1).

Tabla: 1

Cañas: Distribución geográfica de la población según sexo. Proyección 2022-INEC

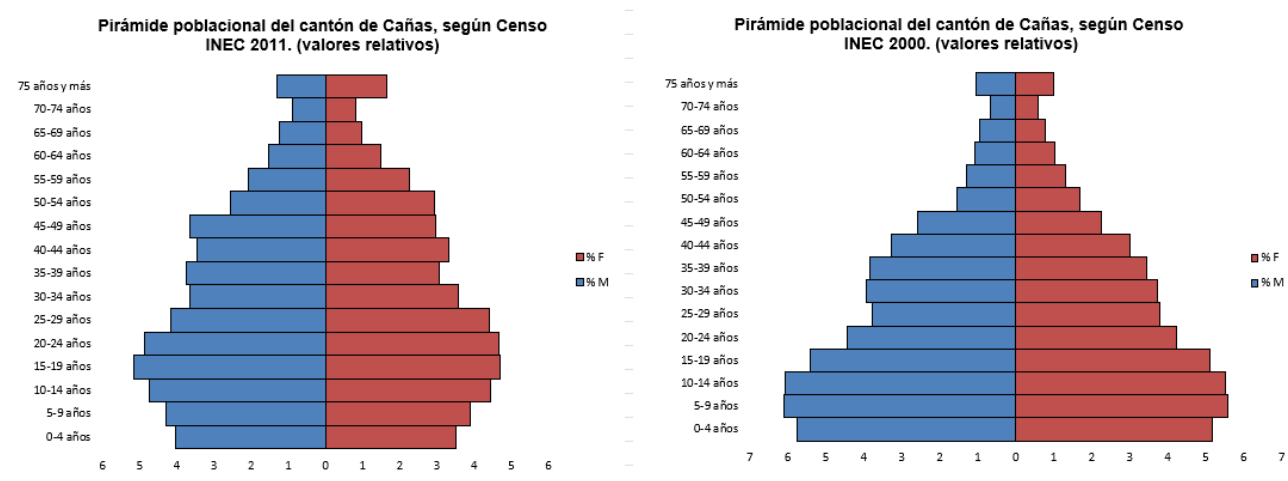
Distrito	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Cañas	26 577	79,59	13 202	49,67	13 375	50,33
Palmira	1 361	4,08	682	50,11	679	49,89
San Miguel	2 076	6,22	1 033	49,76	1 043	50,24
Bebedero	2 582	7,73	1 279	49,54	1 303	50,46
Porozal	797	2,39	395	49,56	402	50,44
Total	33 393	100	16 591	49,68	16 802	50,32



La Figura 1 muestra la distribución de la población de Cañas según grupos de edades y sexo en los censos del INEC del año 2000 y 2011. Como puede observarse, la base de la pirámide se ha estrechado resultado de la disminución en la natalidad y en la mortalidad de la población, lo que está en concordancia con los cambios demográficos del país que se dan a partir de un envejecimiento de la población producto de las mejoras en salud y al efecto de los programas de control de la natalidad, por lo tanto, mientras la población de jóvenes disminuye la de los mayores aumenta (Figura 1).

Figura 1

Cañas: Distribución demográfica de la población año 2000 y 2011





Cabe destacar que de acuerdo con las proyecciones de población del INEC para el 2022, el 24.22% de la población corresponde a menores de 15 años ($n = 8088$), mientras que los mayores de 65 años representan el 8.8% ($n = 2940$) del total de los habitantes del cantón.

Teniendo estos grupos poblacionales bien definidos, se establece que la razón de envejecimiento del cantón es del 36.4%, lo que significa que de cada 100 personas menores de 15 años hay 36 personas mayores de 65 años. Esta razón es ligeramente mayor en el área rural (29%) que en la urbana (23.2%).

Si se analiza la razón de dependencia, tenemos que en el 2022 el promedio de personas económicamente dependientes es de 49.3 por cada 100 personas económicamente activas (casi el 50% de la población es dependiente económicamente).

En el 2021 se registró un nacimiento por cada mil habitantes y una tasa de mortalidad de 0.6/1000 hab. La tasa de crecimiento de la población de Cañas alcanzó, según las proyecciones del INEC, un 0.43% en 2021, lo que representa un excedente de nacimientos frente a las defunciones en ese año (Tabla 2).



Tabla 2

Cañas: Tasa de crecimiento natural de la población, año 2021

Distrito de residencia de la madre	Nacimientos 2021	Fallecimientos 2021	Población (proyectada a 2021)	Tasa natalidad	Tasa mortalidad	Tasa de crecimiento natural
Cañas	263	158	26 279	1,0	0,6	0,4
Palmira	16	5	1 349	1,2	0,4	0,8
San Miguel	22	5	2 059	1,1	0,2	0,8
Bebedero	29	22	2 562	1,1	0,9	0,3
Porozal	6	4	793	0,8	0,5	0,3
Total	336	194	33 042	1,02	0,6	0,43

Con respecto a los nacimientos, el distrito Cañas registra mayor número de éstos por año, mientras que los que tienen menor número de nacimientos son Palmira y Porozal (Tabla 3).



Tabla 3

Cañas: Nacimientos por año y distrito de residencia habitual de la madre, 2011-2021

Distrito	Año										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cañas	438	451	395	389	388	369	322	350	321	279	263
Palmira	6	15	13	18	15	17	11	15	3	7	16
San Miguel	25	27	27	33	19	21	34	16	12	20	22
Bebedero	47	47	41	41	37	37	41	29	35	26	29
Porozal	6	13	7	10	8	5	5	5	6	6	6
Total	522	553	483	491	467	449	413	415	377	338	336

En el quinquenio 2017-2021 se presentaron un total de 1879 nacimientos de los cuales el 9.79% (184 niños) corresponden a la zona rural del cantón, el restante 90.21% (1695 niños) al área urbana. En este mismo periodo, el 81.7% correspondieron a nacimientos del distrito primero de Cañas (Tabla 4).



Tabla 4

Cañas: Nacimientos por año y por distrito de residencia habitual de la madre

Distrito	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
Cañas	322	350	321	279	263	1535	81.70
Palmira	11	15	3	7	16	52	2.77
San Miguel	34	16	12	20	22	104	5.53
Bebedero	41	29	35	26	29	160	8.50
Porozal	5	5	6	6	6	28	1.50
Total	413	415	377	338	336	1 879	100

Al analizar los nacimientos en el quinquenio 2017-2021, se observa que más de la mitad de los nacimientos fueron de madres adultas jóvenes (53.9%) en edades de 20 a 29 años; los nacimientos de madres adolescentes representan un porcentaje del 15.47% del total (Tabla 5).



Tabla 5

Cañas: Nacimientos según edad de la madre por años de ocurrencia

Edad de la madre	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
10-14 años	2	1	0	0	2	5	0,27
15-19 años	83	63	58	47	34	285	15,2
20-24 años	108	131	100	101	82	522	27,8
25-29 años	108	102	100	92	89	491	26,1
30-34 años	74	78	71	53	66	342	18,2
35-39 años	31	35	39	39	58	202	10,8
40-44 años	7	5	9	6	5	32	1,7
Total	413	415	377	338	336	1 879	100

Por otro lado, de acuerdo con los nacimientos por grupo de edad de la madre registrados por el INEC, en el 2021 la tasa específica de fecundidad es más elevada en las mujeres de 25 a 29 años y el promedio de hijos que tendría cada mujer durante sus años reproductivos o tasa global de fecundidad es de 1.25 (Tabla 6).



Tabla 6

Cañas: Nacimientos en el 2021 según edad de la madre

Edad madre	Nacimientos	Población Proyectada	Tasa específica de fecundidad
10 a 14 años	2	1 326	7,54
15 a 19 años	34	1 396	121,78
20 a 24 años	82	1 371	299,05
25 a 29 años	89	1 418	313,82
30 a 34 años	66	1 278	258,22
35 a 39 años	58	1 281	226,39
40 a 44 años	5	1 107	22,58
45 a 49 años	0	925	0,00
Total	336	10 102	1,25

c. Deportes y Recreación

En la Región Chorotega el representante Regional del ICODER es el Sr. Elvin Aguilar Obando, con sede en Liberia. En el Cantón de Cañas se cuenta con el activo funcionamiento de uno de estos comités, el cual está organizado de la siguiente manera: presidente Bryan Arias Arguedas, secretaria Maritza Acón Sibaja, tesorero Shirley Ruiz Vindas, vocal 1 Eduardo Calvo Bermúdez, vocal 2 Eloy Alberto Briceño Cruz, secretaría administrativa Argerie Tamara Alvarado López, mantenimiento Eduardo Ocaña Arguedas Víctor Luna Centeno más personal de limpieza.



A su vez, este comité central está compuesto por cinco comités distritales, los cuales fueron elegidos el 01 de febrero del 2021; así como varios subcomités comunales de deportes (que serán nombrados la primera semana de febrero).

Dicho lo anterior, el Comité Cantonal de Deportes actualmente no cuenta con las Comisiones Deportivas, desde hace 3 años. (A. Alvarado, comunicación personal, 16 enero de 2023.)

El Comité Cantonal de Deportes de Cañas, al igual que los comités de todo el país depende del presupuesto Municipal, que es del 3% y reciben capacitación de parte del ICODER a través de cada una de las Federaciones constituidas de las diferentes disciplinas deportivas. Actualmente el Comité de la Persona Joven de Cañas, no está realizando funciones en este momento. (A. Alvarado, comunicación personal, 16 enero de 2023.)

d. Infraestructura deportiva y esparcimiento

En el Cantón de Cañas la infraestructura existente es propiedad de la Municipalidad de Cañas, cada diez años, se firma un convenio entre ésta y el Comité Cantonal de Deportes.

La infraestructura con la que cuenta el Cantón es la siguiente:

- Estadio Municipal de Cañas.
- Gimnasio Municipal Manuel Corella Madrigal.
- Polideportivo Carlos Alvarado Reyes.
- Redondel Chorotega de Cañas.
- Plaza Colón.



Del presupuesto ordinario se les da mantenimiento a los inmuebles, además del ingreso económico de las actividades que se organizan en los inmuebles, los cuales son bajos debido a que son propiedades municipales.

e. Estilos de vida saludables

En el Cantón de Cañas actualmente las Comisiones Deportivas no se encuentra activas en este momento, existen únicamente el subcomité que conforman nueva Guatemala, San Miguel, Bebedero, Cañas, Porozal. Durante el año, se organizan actividades de acuerdo con las disciplinas, por ejemplo:

Fútbol: Torneo de Copa, el cual se realiza en verano. Torneo de Invierno, que se organizan con el apoyo de los Subcomités Comunales de Deportes, entre ellos: Javilla, La Libertad, Sandial, San Miguel, Terrapez, entre otros; también participan equipos de otras localidades como Los Ángeles de Tilarán o Montenegro de Bagaces. Se espera que para el 2024 se organice nuevamente la Comisión de Fútbol.

Baloncesto: Se realizan torneos de verano, masculino y femenino. Organiza academia de baloncesto.

Fut-Sala: Se organizan pequeños torneos entre diferentes organizaciones del Cantón (empresa pública y privada).

Otros: Desde hace algunos años con el apoyo de los Centros Educativos se organizan Juegos Tradicionales (suizas, caballitos de palo, trompos, yoyos, sacos, cintas, etc.). Grupo Renacer conformado por Adultos Mayores del Cantón quienes participan en los Juegos Dorados, los



cuales se espera reactivar nuevamente durante el 2023. (A. Alvarado, comunicación personal, 27 febrero del 2023.)

f. Sector Salud

Los establecimientos de salud en el cantón se dividen en públicos y privados. A nivel público la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) es la principal prestadora de servicios. Se cuenta con un CAIS que brinda servicio de emergencias y especialidades como pediatría, ginecología, psiquiatría, unidad de diálisis, unidad de cuidados paliativos, odontología, servicio de laboratorio y radiología. Además, el Área de Salud la conforman ocho EBAIS y ocho puestos de visita periódica para los lugares más alejados. Del sector privado son 16 centros médicos que dan consulta y de ellos siete dan consulta para medicina de empresa.

Otras instituciones de salud del cantón son: el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (Enlace para Cañas), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (Administrativo, la parte técnica no se ha descentralizado al Nivel Cantonal por tanto se gestiona con el Nivel Regional); el ICODER (No hay representación directa, pero existe el Comité Cantonal de Deportes quienes reciben capacitación de esta entidad); el CEN-CINAI (En el cantón existen 2 centros, uno en el distrito central y otro en el distrito de Bebedero.)

Al igual que en el Nivel Regional no existen mecanismos formales de articulación, sin embargo, funcionan diferentes agrupaciones como Comisiones y Redes Interinstitucionales e Intersectoriales que promueven el apoyo en el cumplimiento de las funciones del Área Rectora de Salud de Cañas como ente rector del sector a este nivel.



Con respecto a indicadores de servicios, según los datos estadísticos del Área de Salud de la CCSS, en el año 2021, hubo 589 mujeres captadas en la consulta prenatal, que recibieron al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo por personal capacitado, lo que corresponde a una proporción de población gestante atendida durante el embarazo de 3,5%. Según los datos del INEC, en este mismo año reportan 336 nacidos vivos, lo que representa una tasa de natalidad de 19,9 por mil habitantes.

La proporción de partos atendidos por personal de salud en el CAIS de Cañas para el año 2021 fue de un 0,7%. La disponibilidad de personal de salud para los habitantes del cantón de Cañas se distribuye en una razón de 3,6 médicos por cada 10000, 5,4 enfermeras/10000 habitantes y 1,8 odontólogos/10000 habitantes, de acuerdo con los datos suministrados por la dirección médica del CAIS.

g. Patrimonio cultural e histórico del Cantón de Cañas

En el Cantón de Cañas entre los sitios declarados como patrimonio cultural se cuenta con el “*Monumento Nacional El Farallón*”. Según información recopilada por la Municipalidad de Cañas este monumento fue declarado e incorporado al Patrimonio Histórico Arquitectónico de Costa Rica, según Decreto Ejecutivo N° 27486-C, publicado en La Gaceta N° 245 del 17 de diciembre de 1998, de carácter privado. Propiedad de Juan y Mariano López Monge y sobre el cual ostenta un derecho de usufructo los señores Israel López Brenes y Teresa Monge Hidalgo.

El Monumento Nacional El Farallón, posee una gran cantidad y variedad de petroglifos producto de las culturas prehispánicas, asentadas en el lugar entre los primeros años de la era



cristiana hasta 800 d.C. Los petroglifos, son representaciones realistas o abstractas con carácter social, símbolo de las culturas prehispánicas, por lo tanto, son un marco de interpretación de la historia antigua costarricense. Existen pocos petroglifos a nivel nacional, grabados en farallones rocosos (Cartin, 2019).

El Monumento Nacional El Farallón posee grandes dimensiones (veinte metros de largo y siete metros de altura) con grabados de las técnicas de acanaladura, bajo y alto relieve. Por su ubicación, dimensiones y variedad de grabados puede interpretarse como un lugar de carácter ritual o ceremonial de las culturas antiguas. Sobresalen figuras realistas y abstractas del ser humano, de animales como monos, aves, peces, garrobos. Además, espirales, círculos simples y concéntricos, líneas, triángulos. Posee gran potencial de investigación científica y documentación cultural, y su puesta en valor para la visita del turismo nacional e internacional, da a conocer un ejemplo del arte rupestre de las antiguas culturas costarricenses (Cartin, 2019).

Otro de los inmuebles declarados patrimonio es La Casona Hacienda San Luis, que formó parte de una famosa ganadería llamada San Luis. Según la información recopilada en el sitio web del Ministerio de Cultura y Juventud, fue declarada de Interés Histórico Arquitectónico, según decreto Ejecutivo N° 23519-C, publicado en La Gaceta N° 154 del 16 de agosto de 1994, de carácter estatal. Propiedad del Instituto de Desarrollo Agrario (IDA) (Ministerio de Cultura y Juventud, 2022).

La casona fue construida en 1951, en madera de cedro. Fue la casa de habitación de don Enrique Clark. El maestro de obras que dirigió la construcción fue don Rafael Ángel Marín. Entre 1970-1973 la hacienda fue entregada al Instituto de Tierras y Colonizaciones (hoy INDER), con la



finalidad de ser entregada a campesinos en calidad de parceleros. Casona de la Hacienda San Luis revivirá con premio del certamen (Ministerio de Cultura y Juventud, 2022).

El tercer inmueble que posee el Cantón de Cañas con estas características, según la información recopilada en el sitio web del Ministerio de Cultura y Juventud es la Escuela Monseñor Luis Leipold Heberth, declarada e incorporada al Patrimonio Histórico-Arquitectónico de Costa Rica, según Decreto Ejecutivo N° 34020-C, publicado en La Gaceta N° 196 del 11 de octubre de 2007, de carácter público. Propiedad del Consejo Municipal de Cañas y en posesión del Ministerio de Educación Pública. (Cartin, 2019).

La Escuela Luis Leipold Herberth posee un valor histórico, cultural y afectivo para los habitantes de la comunidad de Cañas. El inmueble se consolidó como hito referencial e imagen de pertenencia e identidad para los pobladores de Cañas. Este inmueble utiliza la tipología de centros educativos en cabeceras de cantón establecida por el ilustre arquitecto José María Barrantes. El inmueble es un hito, un nodo, sitio referencial e imagen de pertenencia e identidad, para los pobladores de Cañas. Este inmueble junto con el gimnasio, las zonas recreacionales y el boulevard, forman un conjunto educativo recreacional, siendo el único dentro de la trama urbana existente. En Costa Rica se prestaba la técnica constructiva de la madera con zócalo, por la facilidad de mano de obra; la riqueza forestal del país y la gran versatilidad de este material (Cartin, 2019).



h. Organizaciones culturales y de rescate de valores y tradiciones

Funciona activamente el Comité de Cultura, que depende de la Municipalidad de Cañas. Este comité funciona en Cañas desde el 23 de agosto de 1981. Actualmente está conformado por las siguientes personas: Sr. Adolfo Cascante, Sra. Yendry López, Sra. Bárbara Soto, Sra. Vianney Chavarri, Sr. Fabricio Espinoza, Sra. Estefany Montiel.

El Comité de Cultura se reúne en la Municipalidad de Cañas, costado Norte del Parque Central de Cañas Guanacaste. Edificio *“Palacio Municipal”*, específicamente en la oficina Área de Desarrollo Económico Local. También existe una Asociación de Cultura cuyo objetivo es el rescate de valores y tradiciones cañeras.

Según la información brindada por el Comité de Cultura, además de esta agrupación formal en el Cantón, existe en varias de las escuelas de Cañas pequeños grupos de danza y teatro, también grupos de cimarronas. Así mismo existen agrupaciones reconocidas en el pueblo, tales como:

- Espíritu Guanacasteco (Liderado por Sra. Maritzenia López).
- Caña de Azúcar (fundado por la Sra. Gina Acevedo, con 17 años de trayectoria). Actualmente liderado por el señor Hiram Calderón Tovar

Estas agrupaciones utilizan como sede para sus ensayos y otras actividades las instalaciones de la Casa de la Cultura, facilitada por la Municipalidad de Cañas desde el 12 de octubre de 1989 y prestada a su vez a la Municipalidad por el Ministerio de Salud por un plazo de 100 años. Así mismo en la Casa de la Cultura funciona la Escuela de Música del Cantón. D. Segura (comunicación personal 13 marzo de 2023)



i. Acceso de la población al desarrollo cultural

El Comité de Cultura de Cañas cuenta con un Plan de Trabajo Anual que permite la participación de la población, tanto a manera de colaboradores como de espectadores. Se celebran las siguientes actividades, iniciando partir del mes de marzo:

- Marzo: 2do Domingo Exposición de Artesanías
- Abril: Celebración del Día del Aborigen, Día del Libro (campañas de donaciones de libros)
- Mayo: Cabalgata Pro-Rescate del camino del Arreo. Se coordina con las Asociaciones de Desarrollo de cada distrito y se le dedica a algún personaje del pueblo.
- Julio: Guanacastequidad, con la participación de los niños de las diferentes escuelas del Cantón. Día del Árbol, se realiza en El Ceibo centenario ubicado cerca de la entrada a la Ciudad, con el apoyo de las escuelas del cantón y de otras entidades como FUNDARBOL.
- Cuarto domingo de julio *“Encuentro de Cultura Popular”*, con apoyo del Comité Cívico y del Ministerio de Educación, a este encuentro se invitan parteras, marimberos, rezadores, entre otros personajes del pueblo.
- Agosto: Día de la Madre, en conjunto con la Iglesia Católica, normalmente se organiza un concierto para las madres.
- Setiembre: Día del Niño y la Niña, se organizan juegos tradicionales, colaboran las Escuelas del Cantón.
- Octubre: Día del Adulto (a) Mayor, se participa y apoya a las actividades que organiza el Hogar de Ancianos Mary Blanco, en conjunto con la Colonia China.



- Noviembre: 2do Domingo Día del Sabanero, se participa de las actividades que se organizan en la Hacienda Santa Rosa.

Además, se apoya todas las actividades que realiza la Municipalidad, al Párroco de la Iglesia Católica y a cualquier otra institución u organización que lo solicite.

En la Casa de la Cultura se imparten clases de guitarra, clases de danza folklórica, clases de yoga y se promociona la práctica literaria apoyando a todos aquellos cañeros que han publicado o quieren publicar sus obras.

j. Educación

Aspectos generales de educación.

Los procesos de programados de educación se constituyen en un medio importante para mejorar la calidad de vida de la población, en tanto que a mejores y mayores niveles educativos existen más posibilidades calificadas de inserción en el mercado laboral, de mejores ingresos y por ende de poder contar con la satisfacción de necesidades básicas como es la vivienda, alimentación, vestuario, agua, educación y otras necesidades básicas para la existencia del ser humano, mismas que igualmente se constituyen en requisitos para la salud, de ahí que se plantea que la salud y la educación son procesos que se desarrollan simultáneamente, y que uno involucra al otro.

En ese sentido se considera tanto la educación formal como la educación informal como medio para mejorar la calidad de vida de la población, lo anterior representa una alternativa de conocimiento desde una perspectiva más rápida y sencilla y en algunos casos va dirigido a mejorar la condición económica a través de cursos de capacitación técnica por ejemplo en costura,



electricidad, fontanería, hidroponía, etc., que eventualmente permiten mejorar el ingreso económico familiar. Además otras actividades de educación informal tienen como propósito promover cambios en los estilos de vida de la población tomando en cuenta la realidad social y sus problemas, así se desarrollan temas como promoción de la salud aunado a otros como de protección del ambiente, del agua, cultura del reciclaje, que al final son temas que redundan en la importancia de promover y fortalecer la salud, de manera que una vez más se evidencia la relación estrecha entre la necesidad de desarrollar procesos de educación para promover la salud social.

La educación es la base para mejorar nuestra vida y el desarrollo sostenible. Además de mejorar la calidad de vida de las personas, el acceso a la educación inclusiva y equitativa puede ayudar abastecer a la población local con las herramientas necesarias para desarrollar soluciones innovadoras a los problemas más grandes del mundo (Obando, 2020).

Como lo menciona la Organización de las Naciones Unidas, las instituciones de educación deben dar las herramientas necesarias para que los estudiantes se enfrenten ante un mundo globalizado lleno de retos, de esto surge la gran pregunta ¿cómo hacer que nuestros estudiantes logren esto?, lamentablemente nuestro sistema de educación no responde a la realidad país, la distribución del espacio en las escuelas, colegios y universidades sigue siendo la misma de siglos pasados (sin generalizar): clases tradicionales, poca tecnología en las aulas, métodos de enseñanzas obsoletos (Obando, 2020).

Tomando en consideración a las instituciones mundiales en tema de educación, ahora se analizan algunos datos sobre lo que se refleja en el VI Estado de la Educación en Costa Rica, donde se menciona que “se están dando experiencias de innovación importantes que tienen el potencial, aunque no la magnitud, para desencadenar mejoras generalizadas en el acceso y la calidad de la



educación”; es decir, a pesar de que el tema de la innovación está presente en la educación costarricense, no se logra una gran cobertura en esa área. Y es que el tema de innovación tiene gran peso para mejorar la calidad de la educación en cualquier parte del mundo (Obando, 2020).

Al respecto, el Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (MEP) menciona que dentro de sus acciones pretende dotar a ciertas instituciones de recursos tecnológicos, bibliográficos, así como de capacitación y actualización, que les permita trascender al paradigma educativo de la sociedad del conocimiento y de la Información. Este Estado de la Educación también se evidencia la pérdida de tiempo en actividades no relacionadas con el aprendizaje y el predominio de técnicas didácticas tradicionales.

Lamentablemente, es una situación que se debe controlar cada vez más. En Costa Rica, a pesar de tener un sistema educativo bastante sólido y con la promulgación de una educación más centrada en el desarrollo de habilidades y tener una política educativa donde resume el quehacer en el campo de la enseñanza-aprendizaje, se sigue trabajando en algunos casos bajo esquemas de enseñanza tradicional. Existe poca organización y poca planificación en la forma de enseñar y aún más en lo que se enseña, planes de estudios desactualizados que no van de la mano con la actualidad mundial y que no se ajustan a la necesidad país.

En esta oportunidad se presentan diversos datos de educación formal que se desarrollan en el cantón de Cañas (Obando, 2020).



Nivel de instrucción educativa en población mayor de 10 años

De acuerdo con los datos aportados para el año 2000 y el año 2011 en cuanto a la situación de alfabetismo, se refleja que para el Censo 2000 se registró que del 100% de la población mayor de 10 años el 92,82% presentaba algún tipo de instrucción educativa mientras que el 7,17% son analfabetos/as, es decir no saben leer ni escribir. Así mismo, la diferencia por sexo según la alfabetización es mínima (65 personas), no así sucede con los analfabetos quienes presentaron una diferencia de 117 por sexo, siendo el sexo masculino el más afectado por esta condición presente en las personas mayores de 10 años (Tabla 7)

Tabla 7

Cañas: Población mayor de 10 años por condición de alfabetismo año 2000

Condición	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alfabetismo	8625	46.23	8690	46.60	17315	92.82
Analfabetismo	611	3.27	728	3.90	1339	7.17
Total	9236	49.50	9418	50.50	18654	100

Para el año 2011, según el Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, la población mayor de 10 años es de 21579, donde el 96.42% presenta un nivel de instrucción de alfabeto y el 3.57% de analfabetismo. Por otro lado, se refleja que existe un mayor número de mujeres alfabetizadas contra menos hombres alfabetos. (Tabla 8)



Al compara los dos últimos censos, se evidencia que la condición de analfabetismo se mantiene para el 2011, siendo mayor en el grupo masculino.

Tabla 8

Cañas: Población mayor de 10 años por condición de alfabetismo año 2011

Condición	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alfabetismo	10666	49.42	10141	47.00	20807	96.42
Analfabetismo	372	1.72	400	1.85	772	3.58
Total	11038	51.16	10541	48.84	21579	100

Llama la atención esta información por cuanto en Costa Rica las posibilidades de recibir educación son iguales en todo el ámbito nacional para ambos sexos, sobre todo desde hace unos 55 años con la apertura histórica para estudiar al menos en la educación básica, no sólo porque se cuenta con el personal calificado para impartirla sino también con la infraestructura necesaria para desarrollarla, situación que igualmente involucra al cantón de Cañas, sin embargo como no se cuenta con la información diferenciada de cual grupo etario mayor de 10 años es el que presenta la condición de analfabetismo, además de otra información referencial como la presencia de nacionalidad así como algún tipo de discapacidad y la zona cantonal sea urbana o rural donde viven los involucrados, se podría decir que esta situación podría estar presente en su mayoría en los grupos etarios mayores de 50 años y posiblemente en las zonas rurales del Cantón donde generalmente en épocas anteriores, los hombres desde muy corta edad se integraban a las labores



fundamentalmente agropecuarias, dejando de lado la posibilidad de estudiar. Por su lado al grupo de mujeres de esa misma época en algunos casos se les brindaba la oportunidad al menos de aprender a leer y escribir. Aunque esta situación en los grupos menores de 50 años se ha superado tanto a nivel nacional como cantonal, es muy posible que aún se encuentren remanentes de éstos en condición de analfabetos.

Deserción Escolar.

Comparando los datos aportados por el MEP durante el 2009 con respecto a la Región Educativa de Cañas y los facilitados por la Dirección Regional de Cañas del año 2011 y que corresponden al último censo nacional, se refleja un aumento en los porcentajes de deserción entre estos años específicamente en el Cantón de Cañas, siendo más significativo en la deserción de I y II ciclo que se aumenta en más de la mitad para el año 2011. No así sucede con el nivel nacional en donde en la deserción de I y II ciclo para los años 2009 y 2011 se mantiene. En cuanto a la deserción en III ciclo y Educación Diversificada diurna y nocturna aumenta en proporciones mínimas entre estos años tanto a nivel nacional como cantonal (Tabla 9)



Tabla 9

Comparación de la deserción escolar de Costa Rica y el cantón de Cañas años 2009 y 2011

Nivel De Deserción	Año 2009		Año 2011	
	% Cañas	% Nacional	% Cañas	% Nacional
Deserción Intra-Anual en Educación Preescolar, Cañas	2,80%	3,20%	No se reporta	No se reporta
Deserción Intra-Anual en I y II Ciclos, Cañas	2,30%	3%	6.6 %	3%
Deserción Intra-Anual en III Ciclo y Educación Diversificada Diurna y Nocturna, Cañas	18,30%	10,90%	20.3%	11.3%

Nota: Datos del Departamento de análisis estadístico MEP y la Dirección Regional de Educación.

En relación al reporte 2011 de deserción interanual en I y II ciclos aunque varió positivamente con respecto al año 2009 es importante reconsiderarlo por cuanto sería importante conocer cuáles fueron las razones que permitieron que se diera esta deserción escolar, ya que se conoce que a nivel nacional y cantonal existen en la actualidad alternativas estatales como el Programa FONABE que se constituye en una ayuda económica mensual que se le otorga a algunos escolares provenientes de familias de bajos recursos económicos (de acuerdo a una escala nacional previamente establecida), de manera que existiendo ese incentivo se podría decir entonces que



las posibilidades de deserción escolar estarían delimitadas solamente por asuntos de enfermedad, muerte o traslado de escolares sin haber notificado al Centro Educativo respectivo. A esto último se podría agregar que dado a la existencia en el Cantón de Cañas de una fuente de trabajo importante como es la zafra de la caña de azúcar(aproximadamente de noviembre a abril) , algunas familias extranjeras sobre todo provenientes de Nicaragua, vienen a laborar en este proceso, pero una vez terminado el mismo cambian de domicilio en función de otras posibilidades laborales como es la recolección de café, dejando de lado la continuidad de la educación para su familia, ya que en algunos casos toda la familia participa en el proceso de recolección de este grano.

En cuanto a la deserción interanual en III ciclo y Educación Diversificada diurna y nocturna, que igualmente no se tienen las razones, casi siempre se ha dado en más proporción ya que en este caso influyen una serie de factores como la necesidad de aportar ingreso a la familia, el que no en todas las comunidades rurales existen Centros Educativos de este nivel por lo que el gasto familiar es mayor, por asumir responsabilidades de pareja, por enfermedad, por traslado sin notificación y en algunos casos por embarazo. Conviene anotar que al igual que en la Educación Primaria a nivel nacional y cantonal existe el Programa de Avancemos que se constituye en una beca mensual otorgada a estudiantes que han sido previamente seleccionados por su condición económica limitada.

Por todo lo anterior mencionado sería importante conocer las razones reales de deserción en los mencionados niveles educativos de manera que se pueda analizar objetivamente esta situación.



Educación universitaria.

Existe presencia de programas universitarios en el Cantón de Cañas, específicamente de la UNED y Universidad Técnica Nacional las cuales son Universidades Estatales, así como la Universidad Latina que es una Universidad Privada. Todos estos Centros Educativos desarrollan planes de estudio de Bachillerato y Licenciatura.

k. Índice de desarrollo humano (IDH)

Es importante mencionar que Costa Rica muestra resultados positivos en la medida en que ninguno de los cantones está ubicado en las franjas baja o muy baja de desarrollo humano.

En términos generales, el valor global del Índice de Desarrollo Humano sigue presentando una tendencia al crecimiento, de forma coherente con la versión ajustada por presiones planetarias (IDH-P) presentada por PNUD en 2021, en el cual Costa Rica subió 37 puestos y pasó del lugar 62 al 25, según informe de PNUD.

No obstante, al hacer un ajuste por desigualdad de las personas que residen en los cantones, se encuentran diferencias en los logros alcanzados en materia de salud, educación y bienestar material, tal como lo muestra el Índice de Desarrollo Humano ajustado por Desigualdad.

El IDH es la media geométrica con tres dimensiones, cuyos índices se calculan por separado con los datos de esperanza de vida, escolarización y renta per cápita de cada país. El resultado final arroja siempre un valor entre 0 y 1 que determina, según el PNUD, los cuatro grados de desarrollo humano que son:



- Muy alto: países con un IDH superior a 0,80.
- Alto: países con un IDH entre 0,70 y 0,80.
- Medio: países con un IDH entre 0,55 y 0,70.
- Bajo: países con un IDH inferior a 0,55.

Tabla 10

Cañas: Índice desarrollo humano ajustado por desigualdad

Indicador	Años													
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bienestar material (IBM)	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
Esperanza de vida (IEV)	230	245	224	167	122	102	124	079	049	019	018	989	953	892
Índice de conocimiento (IC)	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8
	26	98	71	71	75	17	47	10	73	16	87	79	06	38
	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	83	93	15	93	92	96	97	95	96	03	06	09	13	17

Para el cantón de Cañas, se evidencia que para el indicador de bienestar material (IBM) el periodo comprendido entre el año 2006 y el año 2019, oscila entre los parámetros de medio y alto, según el estándar establecido por la PNUD. En lo que respecta a la esperanza de vida (IEV) se concibe dentro de un nivel alto a lo largo del periodo, mientras que el índice de conocimiento (IC) se encuentra en el percentil bajo. (Tabla 10)



En cuanto a los índices que consideran el tema de género (IDGc e IDG-Dc), se observa que disminuyó la cantidad de cantones con menor desarrollo de género (pasó de 14 a 9). De estos cantones, en 8 se registra un desarrollo humano mayor para los hombres y en 1 mayor para las mujeres. (Tabla 11)

Con respecto al Índice de Desarrollo de Género, se pasó de 6 cantones en la categoría de Media Desigualdad en el 2018 (categoría más baja en la que se ubican cantones en el país), a 8 en el 2019, siendo afectados en mayor medida por la presencia de defunciones maternas. (Tabla 11)



Tabla 11

Cañas: Índices que consideran el tema de género

Indicador	Años													
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bienestar material (IBM) Hombre	0,8 50	0,8 51	0,8 53	0,8 49	0,8 46	0,8 39	0,8 50	0,8 50	0,8 27	0,8 35	0,8 50	0,8 51	0,8 53	0,8 49
Bienestar material (IBM) Mujer	0,7 43	0,7 33	0,7 34	0,7 25	0,7 31	0,7 32	0,7 27	0,7 27	0,7 45	0,7 33	0,7 43	0,7 33	0,7 34	0,7 25
Esperanza de vida (IEV) hombre	0,7 48	0,8 09	0,7 67	0,8 24	0,8 20	0,8 40	0,7 45	0,8 11	0,7 22	0,8 44	0,7 48	0,8 09	0,7 67	0,8 24
Esperanza de vida (IEV) Mujer	0,9 38	0,9 99	0,8 21	0,8 49	0,8 43	0,8 08	0,8 72	0,8 23	0,9 26	0,8 65	0,9 38	0,9 99	0,8 21	0,8 49
Índice de conocimiento (IC) Hombre	0,6 85	0,6 94	0,7 00	0,6 90	0,7 11	0,7 20	0,7 26	0,7 33	0,7 41	0,7 48	0,6 85	0,6 94	0,7 00	0,6 90
Índice de conocimiento (IC) Mujer	0,6 97	0,7 06	0,7 12	0,7 26	0,7 21	0,7 28	0,7 35	0,7 42	0,7 49	0,7 56	0,6 97	0,7 06	0,7 12	0,7 26
Años de escolaridad Hombres	0,5 01	0,5 08	0,5 10	0,4 78	0,5 09	0,5 17	0,5 18	0,5 21	0,5 25	0,5 29	0,5 01	0,5 08	0,5 10	0,4 78
Años de escolaridad Mujeres	0,5 01	0,5 09	0,5 08	0,5 26	0,5 07	0,5 09	0,5 13	0,5 16	0,5 19	0,5 22	0,5 01	0,5 09	0,5 08	0,5 26

Para el cantón de Cañas, se evidencia que para el indicador de bienestar material (IBM) el periodo comprendido entre el año 2006 y el año 2019, oscila entre el parámetro alto presentándose mayor puntaje para el género masculino; según el estándar establecido por la PNUD. En lo que respecta a la esperanza de vida (IEV) se concibe dentro de un nivel alto a lo largo del periodo, siendo más alto para el género femenino, para el índice de conocimiento (IC) se estima dentro del parámetro medio y alto, siendo equitativo entre hombres y mujeres, por último, en lo que respecta a la



escolaridad, se clasifica dentro de un parámetro medio siendo similar entre hombres y mujeres.

(Tabla 11)

Sobre el Índice de Pobreza Multidimensional, para el año 2020 los cantones más rezagados se encontraban en las zonas fronterizas del país.

Tabla 12

Cañas: Índice de pobreza multidimensional 2022

Índice	Cantidad ó %
Índice de pobreza multidimensional	0,059
Incidencia	19%
Pobres	6.223
Intensidad de la privación	30,9%
Severidad	0,9%
Vulnerabilidad	16,2%
Desigualdad	0,006
Contribución de las privaciones en Educación	32,6%
Contribución de las privaciones en Vivienda	24,5%
Contribución de las privaciones en Salud	19,2%
Contribución de las privaciones en Protección Social	23,6%
Población	32 685
Clasificación según IPM	38



El Atlas de la PNUD para el 2022. Indica que el Índice de pobreza multidimensional se estima para el cantón de Cañas en 0,059, siendo un dato relevante ya que es mínima la población que se encuentra en estado de pobreza. Se estima que la población pobre es de 6.223 personas, de 32.685 individuos. La vulnerabilidad del cantón se estima en un 16,2% y la clasificación según el IPM es igual a 38. (Tabla 12)

I. Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)

El IDHc permite ver las posibilidades que tienen las personas del cantón para ser o hacer lo que necesitan para concretar las acciones o los proyectos de vida que consideran importantes. El IDHc combina índices de esperanza de vida (IEV), de conocimiento (IC) y de bienestar material (IBM).



Tabla 13

Cañas: Índice de Desarrollo Humano Cantonal del año 2006 al 2019

Año	IDHc Cañas	% Cañas
2006	0,755	75,5
2007	0,760	76,0
2008	0,758	75,8
2009	0,746	74,6
2010	0,758	75,8
2011	0,779	77,9
2012	0,755	75,5
2013	0,769	76,9
2014	0,770	77,0
2015	0,771	77,1
2016	0,768	76,8
2017	0,775	77,5
2018	0,775	77,5
2019	0,786	78,6

La tabla 13 sobre Desarrollo humano cantonal del año 2006 al 2019 muestra de forma conjunta la calificación obtenida en los indicadores de índices de esperanza de vida (IEV), de conocimiento (IC) y de bienestar material (IBM), tomando de referencia que el tope de desarrollo



es igual a uno, el cantón de Cañas se ha encontrado a través de este periodo de tiempo entre 0,755 para los años 2006 y 2012, convirtiéndose en los porcentajes más bajos hasta 0,786 como el más alto, reportado para el año 2019.

m. Índice de desarrollo social cantonal (IDS)

El IDS, es un valor que se calcula a partir de una serie de indicadores provenientes de las estadísticas administrativas de instituciones del sector público cuyo resultado permite clasificar y ordenar los distritos del país según su nivel de desarrollo social. Es utilizado de acuerdo con una normativa legal relacionada para la asignación y reorientación de recursos públicos y el diagnóstico de la situación social de los distritos, cantones y regiones del país, y permite, apoyar la formulación de políticas públicas, planes, programas y proyectos, así como el seguimiento y la evaluación de resultados (productos, efectos e impactos) de las acciones estatales en las diferentes áreas geográficas del país.

De acuerdo con los resultados regionales y cantonales del IDS para Costa Rica en el año 2017, la Región Chorotega es la más heterogénea de todas; la mayor cantidad de distritos se ubican en los quintiles II y III; también tiene distritos en los quintiles extremos.

Para efectos del IDS 2017 se utilizan categorías de clasificación y valores de corte elaborados estadísticamente de forma que los distritos se agrupan con los siguientes valores:

- Mayor desarrollo relativo (100 - 76,88)
- Menor desarrollo relativo:
- Nivel medio (76,87- 62,02).



- Nivel bajo (62,01- 47,45).
- Nivel muy bajo (47,44- 0,00).

El Índice de Desarrollo Social Cantonal 2017 según división territorial administrativa es de 20,10 según el MIDEPLAN. Con base en la información que presenta y tomando de referencia los resultados regionales, así como las categorías de clasificación y valores de corte elaborados estadísticamente, al ser un dato que se valora por distrito y se unifican en los reportes e informes cantonales, se evidencia que el cantón de Cañas se ubica por debajo del nivel muy bajo del indicador de menor desarrollo relativo.

n. Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías

La tenencia de la vivienda es la forma en que el hogar principal ejerce la posesión de la vivienda, investigar el régimen de tenencia de la vivienda, como variable de interés social, contribuye a un mejor conocimiento de la situación habitacional de los hogares y por ende el estatus de sus ocupantes.



Tabla 14

Cañas: Tenencia de vivienda, censo 2011

Tipo de vivienda	Cantidad	%
Propia totalmente pagada	4 104	57,2
Propia pagando a plazos	871	12,1
Alquilada	1 390	19,4
Prestada por motivo de trabajo	323	4,5
Prestada por otro motivo (no paga)	421	5,9
Está en precario	14	0,2
Otro	49	0,7
Total	7172	100

En la tabla 14 se puede observar que para el indicador proporción de viviendas se establece que más del 50% de la población del cantón de Cañas posee vivienda propia totalmente pagada, un 19,4% alquila, un 12,1% tienen vivienda propia pagando a plazos, el 5,9% posee vivienda prestada por motivo no definido la cual no constituye un gasto familiar, el 4,5% habita una vivienda prestada por motivos de trabajo, el 0,2% de la población vive en estado de precariedad, mientras que el 0,7% restante posee un tipo de vivienda distinto a los mencionados con anterioridad.



Cabe destacar que el 42,7% de la población habita una vivienda que no es completamente suya, es prestada o se encuentran en estado de vulnerabilidad producto de la precariedad.

o. Población económicamente activa (PEA)

La Población económicamente activa (PEA): la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. Población desocupada: se refiere a personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo.

La tabla 15 refleja que el cantón de Cañas presenta un alto porcentaje de población económicamente activa ocupada, puesto que de 9479 personas que constituyen el PEA cantonal, el 96,7% poseen un ingreso por concepto laboral, siendo el 3,3% un porcentaje relativamente bajo de población que se estima como desempleada.

Tabla 15

Cañas: Población mayor de 15 años económicamente activa según el Censo 2011

Indicador	N°	%
Población ocupada	9174	96,7
Población desempleada	305	3,3
PEA	9479	100



p. Tasa de ocupación

La Tasa de ocupación es el porcentaje de población en edad activa que tiene empleo con respecto a la población en edad de trabajar. En otras palabras, la proporción de la población de 15 años o más que posee un empleo.

Tabla 16

Cañas: Población mayor de 15 años ocupada según el Censo 2011

INDICADOR	N°
Población ocupada de 15 años y más	9174
Población en edad de trabajar de 15 años y más	19026
Tasa de ocupación (Censo 2011)	48,2

Según el censo 2011, la tasa de ocupación o bien la población mayor de 15 años que posee una actividad laboral remunerada, atiende al 96,7% de la población económicamente activa, sin embargo, a nivel cantonal, tomando de referencia la totalidad de personas con edades entre 15 años o más concebida como el estrato en edad para trabajar, equivalente a 19026 personas, el equivalente de la tasa de ocupación oscila el 48%, determinándose que casi la mitad de la población que se encuentra dentro del estándar de edad, posee una actividad debidamente remunerada (Tabla 16).



q. Tasa de desempleo abierto

La Tasa de desempleo abierto refiere al porcentaje de personas desempleadas abiertas respecto a la Fuerza de Trabajo. Expresa cuántas personas desempleadas hay por cada 100 personas de la Fuerza de Trabajo.

Tabla 17

Región Chorotega: Tasa de desempleo abierto de la Región de Planificación

Grupos de edad (años)	Población desempleada
15 a 24 años	5885
25 a 34 años	6419
35 a 44 años	5010
45 a 59 años	3551
60 años y más	973
ignorado	0
Total	21838

En concordancia con la tabla 17, se estima que, a nivel de la Región Chorotega, se encuentran 21838 personas de 15 años o más en estado de desempleo. Según el censo 2011, para el caso del cantón de Cañas, perteneciente a la Región Chorotega, la población que pertenece al estrato de la población económicamente activa pero que se encuentra desempleada es igual a 305 personas, sin embargo, al tomar de referencia el total de personas del cantón en edad de trabajar



de 15 años y más equivalente a 19026 ciudadanos, el porcentaje de desempleo se representa con un 1,6%.

r. Indicadores de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La salud mental se constituye como un recurso importante para los individuos, familias, comunidades y naciones, ya que contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general, el capital social, humano y económico. Abarca a todas las personas siendo un componente que se genera en nuestra vida diaria en los hogares, escuelas, lugares de trabajo y actividades recreativas. Desde el punto de vista espiritual, puede realizar una contribución significativa a la promoción de la salud mental y la salud mental influye en la vida espiritual.

La salud mental de las personas se mantiene conforme al ánimo y perseverancia que maneje el ser humano ante las adversidades, se debe de tomar en cuenta que una persona que en su diario vivir este rodeado de problemas, malos tratos, violencia, injusticias es una persona propensa de sufrir descalabros mentales en su vida. El individuo debe proyectarse una vida sana en cuanto a madurez física y mental para optimizar la salud mental y el diario vivir.

Los siguientes conceptos son claves en la promoción de la salud y la prevención de eventos mentales:



Factores protectores: Los factores de protección son los factores positivos que previenen que ocurra una enfermedad o trastorno, los estresores o situaciones difíciles o de sufrimiento en la vida no afectan a todos los individuos por igual y ciertas características de las personas los pueden auxiliar a enfrentar de mejor manera esos estresores para lo cual los promotores son de gran ayuda apoyando a las personas a desarrollar estas habilidades y estilos de vida para prevenir enfermedades y tener una mejor calidad de vida.

Se describen como factores protectores de la salud mental los siguientes: la capacidad para afrontar el estrés, capacidad para enfrentar la adversidad y la frustración, adaptabilidad, autonomía, estimulación cognitiva temprana, ejercicio, actividad física periódica y constante, sentimientos de seguridad, sentimientos de dominio y control, buena crianza (buen peso al nacer, lactancia materna, escuela de padres), alfabetización/acceso a la educación, apego positivo y lazos afectivos tempranos, interacción positiva entre padres e hijos, habilidades para la resolución de problemas, conducta sociable, inteligencia emocional, autoestima, habilidades para la vida, resiliencia, destrezas sociales y de manejo de conflictos, crecimiento socioemocional, manejo del estrés, apoyo social de la familia y amigos, buena comunicación con padres y familiares, acceso a servicios comunitarios.



Factores de riesgo: Los factores de riesgo facilitan que una enfermedad ocurra, pueden ser estresores de la vida diaria como acumulación de trabajo, cuidado de los niños o situaciones inesperadas que desencadenan un trastorno como la muerte de un ser querido o un abuso sexual; también pueden ser situaciones a las que la persona está expuesta constantemente como la violencia en la familia o en la escuela.

Algunos factores de riesgo son los siguientes: fracaso escolar, cuidar a pacientes continuamente enfermos o dementes, abuso o abandono de menores, insomnio crónico, embarazo adolescente, abuso de ancianos, Inmadurez y descontrol emocional, abuso de alcohol u otras sustancias, sufrir agresión, violencia y trauma, conflictos familiares, soledad, bajo peso al nacer, enfermedades mentales de los padres, duelos no trabajados, eventos de mucha tensión, consumir sustancias adictivas durante el embarazo, entornos marginales sin servicios, situaciones familiares disfuncionales, acoso escolar o laboral.

El reconocimiento de la salud mental como elemento indispensable para lograr el acercamiento a la salud integral ha hecho que los eventos que la afectan se incluyan en la notificación obligatoria para su análisis estadístico y la orientación de las políticas públicas sobre el tema. Los indicadores de Morbimortalidad muestran el impacto en la salud pública de los diferentes diagnósticos de salud mental y la prevalencia de estos. Los indicadores de disponibilidad de servicios evidencian la diversidad de valores en salud mental habilitados en el territorio nacional.

Recursos humanos en salud mental.

Según Coto, D. (2023) El equipo es interdisciplinario, compuesto por profesionales en psiquiatría, trabajo social, psicología, enfermería y terapia ocupacional; entre las principales causas



de atención están los trastornos psicóticos y los de adaptación. Además, vinculan a las personas usuarias con la comunidad, ya que coordinan con otras instituciones como las municipalidades, el Ministerio de Educación, entre otros.

Entre tanto, el hospital Nacional de Salud Mental abrió, en el 2020, el Programa de intervención breve (PIB), dirigido a personas adultas que consultan al servicio de urgencias y que se beneficiarían de un proceso de atención en crisis, de tiempo limitado y de forma ambulatoria, el cual se encuentra dentro de las instalaciones de este centro médico especializado.

La doctora Patricia Orozco Carballo, directora a.i., dijo que este programa permite apoyar al servicio de urgencias, previniendo hospitalizaciones y facilitando la coordinación y la transición de las personas usuarias a otros establecimientos de salud como las áreas de salud.

De acuerdo con datos del Hospital Nacional de Salud Mental, este programa ha ido aumentando la cantidad de consultas desde que inició en noviembre de 2020, pasando de 167 los primeros dos meses, a 2 527 en el 2021, hasta llegar a 3627 en el 2022.

Adicionalmente, la doctora Orozco explicó que existen otras acciones de atención comunitaria como trabajar en temas de sensibilización, promoción de la salud mental y prevención del deterioro cognitivo con énfasis en la población adulta mayor, esto dividido en diferentes fases de aplicación, con municipalidades y centros diurnos en todo el país. Además de las charlas de salud mental dirigidas a la población general, las cuales se brindan por medio de plataformas virtuales y cuyo objetivo es sensibilizar y promover la importancia de la salud mental en las personas.



Por su parte, la doctora Marta Vindas González, coordinadora nacional de psicología y miembro del equipo de salud mental de la Gerencia Médica de la CCSS, dijo que estos son dos ejemplos de las iniciativas que ha venido desarrollando la institución en los últimos años, con un enfoque interdisciplinario y desde la promoción y de salud y prevención de la enfermedad, con el objetivo de reducir hospitalizaciones.

Enfermedades de salud mental sujetas a vigilancia epidemiológica a nivel nacional.

Episodios Depresivos.

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades¹⁷, ICD-10 establece que, por lo general, el enfermo que padece episodios depresivos “sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso después de un esfuerzo mínimo”. En consecuencia, el desempeño de la persona afectada se ve comprometido tanto en el ambiente familiar como en el laboral, académico y social. Los factores psicosociales, particularmente la pobreza, el desempleo, el desarraigo, la violencia doméstica, la soledad, el abandono y las situaciones de pérdida, entre otros, pueden intervenir en la génesis y desencadenamiento de los episodios depresivos.

El trastorno depresivo unipolar es una condición de discapacidad, considerada como la quinta causa de la carga que el total de las enfermedades somáticas y psicológicas impone sobre la población mundial. Es un síndrome frecuente que puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mucho mayor en la madurez. En efecto, en el grupo de edad de 15 a 44 años es la segunda causa de la carga y representa el 8,4% de los años de vida perdidos ajustados



por discapacidad (AVAD) perdidos. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres, estimándose que en el mundo el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentará un episodio depresivo en cualquier momento de su vida.

Esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave. Se trata de un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas en muy diversos aspectos psicológicos como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. Precisamente por su carácter de deterioro, y porque se observó que se iniciaba en edades muy tempranas, se la denominó «demencia precoz» durante un tiempo. Luego se sustituyó esta denominación por la de esquizofrenia, como la llamamos actualmente, y que etimológicamente significa «mente escindida». Con este término, se quería subrayar las alteraciones en el pensamiento que presentan estos pacientes. La esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchos y variados síntomas, pero ninguno es específico de ella, sino que también pueden estar presentes en otros trastornos mentales. Además, los síntomas en su mayor parte son subjetivos, es decir, sólo el paciente los experimenta, con lo cual no pueden ser comprobados.

Los síntomas más habituales son:

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Trastornos del pensamiento.
- Aislamiento.
- Deterioro de las emociones.



Alzheimer.

El Alzheimer es un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas generalmente se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo, hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas. La enfermedad de Alzheimer es responsable de entre un 60 y un 80 por ciento de los casos de demencia. El Alzheimer no es una característica normal del envejecimiento. El factor de riesgo conocido más importante es el aumento de la edad, y la mayoría de las personas con Alzheimer son mayores de 65 años. Pero el Alzheimer no es solo una enfermedad de la vejez.

Demencias (vascular y en otras enfermedades).

Demencia es un término general para varias enfermedades que generalmente son de naturaleza crónica y progresiva, que resultan en deterioros cognitivos e interfieren con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, es un síndrome que provoca el deterioro de la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas. Las personas con demencia pueden perderse en lugares familiares, experimentar cambios bruscos de humor, olvidar palabras sencillas y sufrir un deterioro de la memoria a corto plazo (el síntoma inicial más común de demencia). Según la OMS en 2019, la demencia se clasificó como la tercera causa de muerte en las Américas, representando 390.473 defunciones. Esta cifra se triplicó desde 2000, cuando la demencia representó 113.631 muertes, y las tasas de mortalidad ajustada por edad se incrementaron desde 11,8 muertes por cada 100.000 habitantes en 2000 a 22,3 muertes por 100.000 habitantes en 2019. La demencia se clasificó como la 14ª causa de años de vida perdidos por mortalidad prematura, representando 390 millones de años de vida perdidos. Las mujeres se ven



afectadas de forma desproporcionada. En la Región de las Américas, el 66% de las muertes por Alzheimer y otras formas de demencia son mujeres.

Trastorno bipolar.

El trastorno bipolar, antes denominado «depresión maníaca», es una enfermedad mental que causa cambios extremos en el estado de ánimo que comprenden altos emocionales (manía o hipomanía) y bajos emocionales (depresión). Cuando te deprimas, puedes sentirte triste o desesperanzado y perder el interés o el placer en la mayoría de las actividades. Cuando tu estado de ánimo cambia a manía o hipomanía (menos extrema que la manía), es posible que te sientas eufórico, lleno de energía o inusualmente irritable. Estos cambios en el estado de ánimo pueden afectar el sueño, la energía, el nivel de actividad, el juicio, el comportamiento y la capacidad de pensar con claridad. Los episodios de cambios en el estado de ánimo pueden ocurrir en raras ocasiones o muchas veces por año. Aunque la mayoría de las personas presenten síntomas emocionales entre los episodios, es posible que algunas no presenten ninguno. Aunque el trastorno bipolar es una afección de por vida, puedes controlar los cambios en el estado de ánimo y otros síntomas siguiendo un plan de tratamiento. En la mayoría de los casos, el trastorno bipolar se trata con medicamentos y apoyo psicológico (psicoterapia).

Depresión.

La depresión es un trastorno de salud mental común. A nivel mundial, la OMS estima que el 5% de los adultos padecen este trastorno. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concurra con cansancio y falta de concentración. La



depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante. (OMS. 20212) Las causas de la depresión incluyen complejas interacciones de factores sociales, psicológicos y biológicos. Diversas circunstancias de la vida, por ejemplo, adversidades en la infancia, una pérdida y el desempleo contribuyen al desarrollo de la depresión y pueden propiciarla.

Intentos de suicidio.

La OMS define el suicidio como: “conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar dicha meta, resultado de la conducta: la muerte y el intento de suicidio con similar definición a la anterior, sólo que el resultado no fue la muerte”. El intento de suicidio es el principal factor de riesgo del suicidio consumado y constituye una enorme carga social y económica por la utilización de servicios de salud para tratar las lesiones, el impacto psicológico y social y que, en ocasiones, derivan en una discapacidad a largo plazo. Los factores asociados con un mayor riesgo de intento de suicidio en la población, y en particular en los adolescentes, son un intento de suicidio previo, la presencia de enfermedades mentales o problemas de conducta, el sexo, la edad, consumo de alcohol y drogas, baja autoestima, sufrir violencia o abuso, tipo de funcionamiento familiar, impulsividad y apoyo social.



Reporte de eventos de salud mental en el cantón

En el caso del cantón de Cañas, durante el 2021 y según el reporte obligatorio, los Eventos relacionados con la Salud Mental en su conjunto sumaron un total de 275 casos lo que equivale al 9.57% del total de casos de reporte individual (VE01) que fueron notificados. Los trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas ocupó el primer lugar de notificación de este tipo de eventos y el sétimo entre todos notificados de manera individual, sumando los 147 casos anuales, lo que equivale a 5,12% del total de casos notificados. El número de eventos por episodios depresivo alcanzó los 86 casos anuales (3,00%), colocándose en el noveno puesto del total de las enfermedades de notificación obligatoria. El número de eventos por intento de suicido oscila los 37 casos anuales, o el 0,28%, siendo el tercero en el grupo de eventos de salud mental (Tabla 18).



Tabla 18

Cañas: Eventos de salud mental notificados en relación con el total de reportes, 2021

Evento	Número	Porcentaje
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso sustancias psicoactivas	147	5.12
Episodio depresivo	86	3.00
Intento de suicidio	36	1.25
Demencia	16	0,56
Trastorno depresivo recurrente	4	0.14
Distimia	3	0.10
Trastorno afectivo bipolar	2	0.07
Total	275	9.57

Nota: Porcentaje calculado del total de notificaciones en el 2021 que fue de 2871.

Instancia Regional Para El Abordaje Integral Del Comportamiento Suicida (IRAIS).

Existen instancias de abordaje del comportamiento suicida (IRAIS) cuyo objetivo quedó establecido en el Decreto 40881-S, Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, y está orientado a facilitar la articulación interinstitucional para el abordaje integral y oportuno de las personas que enfrentan riesgo suicida, intentos suicidas o se han visto afectadas por el suicidio.



Esta normativa es de aplicación obligatoria para las personas, instituciones, establecimientos y organizaciones, tanto públicas como privadas con responsabilidades en el abordaje integral del comportamiento suicida, dirigido con especial énfasis a la población infantil y adolescente. El lineamiento procura articular la labor de manera integrada entre diferentes instituciones y organizaciones tanto a nivel local como a nivel regional desde las competencias ya establecidas aprovechando las capacidades existentes de forma efectiva y fortaleciendo aquellas requeridas.

La normativa señala que para cumplir con lo anteriormente descrito se deberá definir o conformar a nivel regional una instancia para el abordaje integral del riesgo suicida integrada por representantes de diferentes instituciones, organizaciones y grupos con competencias en promoción de factores protectores y la prevención, atención y seguimiento del comportamiento suicida, que en adelante se denomina IRAIS.

Además, según el artículo 9 del decreto N° 40881 - S en el país se deben de conformar Instancias Locales para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (ILAIS), de acuerdo con cada contexto y realidad local e institucional, según corresponda. Estas instancias locales deben de ser integradas por representantes de las diferentes instituciones, organizaciones y grupos con competencias en la promoción de factores protectores y la prevención, atención y seguimiento del riesgo suicida, los intentos suicidas y el suicidio, a nivel local.

En los casos donde estén funcionando las Redes Locales de Salud Mental, u otras redes afines al tema, estas asumirán el rol de instancia local encargada de abordar integralmente el riesgo suicida, la cual deberá asumir las responsabilidades y acciones delimitadas en este decreto.

Esta Instancia Local estará conformada como mínimo por: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Patronato Nacional de la Infancia, Ministerio de Educación Pública,



Organismo de Investigación Judicial y Ministerio Público, Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Cultura y Juventud, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Instituto Mixto de Ayuda Social, Municipalidades, Comité de la Persona Joven, Cruz Roja, Universidades Públicas, Organizaciones No Gubernamentales y Organizaciones Comunitarias locales, afines a la temática, así como todas aquellas instancias con responsabilidad de velar por el abordaje integral del riesgo suicida y el suicidio a nivel local. La persona representante de cada institución será nombrada por cada institución de acuerdo con la estructura con la que cuente a nivel cantonal.

La coordinación de la ILAIS estará a cargo del Ministerio de Salud, como ente rector en el tema. Y al interior de la instancia definirán de mutuo acuerdo los aspectos operativos para su funcionamiento, tales como la periodicidad de reuniones y seguimiento de acuerdos.

Esta Instancia Local tiene la responsabilidad de elaborar un plan anual de trabajo, que contemple acciones conjuntas de promoción de factores protectores de la salud mental, así como de prevención, atención y seguimiento del riesgo suicida, los intentos suicidas y el suicidio. Para ello deberá involucrarse activamente a los diferentes actores a nivel comunitario, en la planificación, ejecución y seguimiento de estas acciones. El mismo deberá estar en implementación al finalizar el segundo mes de cada año.

Dicho plan deberá responder a las políticas públicas y programas nacionales y programaciones operativas institucionales relacionadas con la problemática en cuestión, dando énfasis en los presentes lineamientos. El mismo deberá estar listo antes de finalizar el año anterior a su ejecución. Deberá presentarse un informe semestral de las acciones institucionales realizadas, según competencia.



La Instancia Local deberá presentar su plan a la IRAIS con el fin de que aquellas actividades que requieran financiamiento y apoyo técnico sean analizadas y aprobadas según la normativa correspondiente de la Secretaría Técnica de Salud Mental.

Equipos interdisciplinarios de atención a la salud mental (EISAM)

La atención de los EISAA (Equipos Interdisciplinarios en Salud para la Atención de Adicciones) responde a la necesidad en salud de las personas con patología dual por consumo de sustancias psicoactivas y/o conductas adictivas y comorbilidad de otros trastornos mentales y del comportamiento, así como eventos de violencia en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, mismos que representan una importante carga de enfermedad en nuestro país; situación que afecta de modo negativo la calidad de vida de las personas y debido a su magnitud, trascendencia y elevado costo social y económico, están dentro de los más graves problemas de salud pública actuales en nuestra sociedad, según estadísticas nacionales e internacionales (Tremeau, 2019).

En respuesta a lo anterior, en el 2014 el país presentó el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”, dentro del cual se crearon los equipos interdisciplinarios de atención a la salud mental (EISAM) cuya función primordial es dar respuesta a las necesidades de la población arriba mencionada, desde una perspectiva integral, en el año 2016 inician labores los primeros equipos en salud mental con el nombre EISAM.

Los EISAA buscan brindar una atención en salud desde un II Nivel de Atención, incorporando atenciones médicas, psicológicas, sociales, farmacológicas y por enfermería salud mental. Los EISAA procuran brindar a las personas usuarias portadoras de patología dual, una atención oportuna



y continua, incrementando la capacidad resolutive del manejo de estas patologías desde el II Nivel de Atención.

En las últimas décadas, Costa Rica ha presentado un aumento en la prevalencia e incidencia del consumo de sustancias psicoactivas, generando un incremento en la patología dual.

El consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos mentales y del comportamiento, constituyen un problema de salud pública, cuyos efectos sobre el desarrollo, la salud y la seguridad son graves.

El objetivo general se centra en estandarizar el funcionamiento operativo de los Equipos interdisciplinarios en salud para la atención en adicciones (EISAA), en la Red de Servicios de Salud de la Caja, con el fin de brindar una atención especializada, integrada y oportuna a las personas usuarias con diagnóstico de patología dual.

Dentro de la conformación los EISAA están integrados por profesionales de salud de diversas disciplinas: Enfermería Especialista en Salud Mental y Psiquiatría, Medicina General, Psicología, Trabajo Social y Asistente de Redes.

En cuanto a los servicios los EISAA brindan una oferta basada en la atención directa presencial o virtual según corresponda, a personas de todos grupos etarios que presentan consumo de sustancias psicoactivas o cualquier otra conducta adictiva, asociadas a enfermedades o trastornos mentales. Se define que la duración máxima de permanencia de una persona usuaria en el tratamiento con el EISAA es de doce meses, según los objetivos terapéuticos establecidos por el equipo en el plan de tratamiento integral. Posterior al periodo de tratamiento definido, cada EISAA valorará a la persona usuaria y en caso necesario se reconsiderará y justificará en el expediente de



salud de la persona usuaria, la ampliación y ajuste del plan de tratamiento para determinar o no la permanencia de la persona usuaria en el programa.

Es importante mencionar que los Equipos Interdisciplinarios de Atención en Adicciones y Patología Dual área de Salud Cañas, brinda atención a personas de los cantones de Cañas, Las Juntas de Abangares, Colorado de Abangares, Tilarán y Upala principalmente.

Las referencias a EISAA se canalizan desde el primer nivel de atención de la red de servicios de salud "EBAIS", segundo y tercer nivel, Hospitales Nacionales y Especializados como el Hospital Nacional de Salud Mental, IAFA, PANI, Ministerio de Educación Pública, IMANU, Poder Judicial, Municipalidades, consulta privada, entre otras instituciones.

s. Indicadores Servicios

Fuentes mejoradas de agua potable

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2016), para el cantón de Cañas de la proporción de viviendas que cuentan con agua potable procedente de un acueducto del AyA corresponde a un 69,8% (5009 casos), de un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR) un 22,5% (1614 casos), de un pozo un 5,9% (422 casos) y de un acueducto municipal un 0,1% (10 casos). Además, una proporción de la población usa fuentes no mejoradas de agua potable proveniente de fuentes como lluvia, camiones cisterna o hidrantes un 0,5% (39 casos) y de un río o quebrada un 1,1% (78 casos). Por ende, la población que usa fuentes mejoradas de agua potable corresponde al 98,4% de un total de 7172 casos censados (INEC, 2016).



Igualmente, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2016), a nivel de distritos del cantón:

- De los 5 662 casos del distrito de Cañas la proporción de viviendas que cuentan con agua potable procedente de un acueducto del AyA es 5008 (88,4%), de un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR) 330 (5,8%), de un acueducto municipal 7 (0,1%), de un pozo 274 (4,8%), de un río o quebrada 25 (0,4%), de otras fuentes como lluvia, camiones cisterna o hidrantes un 18 (0.3%).
- De los 299 casos del distrito de Palmira la proporción de viviendas que cuentan con agua potable procedente de un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR) 232 (77.6%), de un pozo 19 (6,4%), de un río o quebrada 38 (12,7%), de otras fuentes como lluvia, camiones cisterna o hidrantes un 10 (3,3%).
- De los 486 casos del distrito de San Miguel la proporción de viviendas que cuentan con agua potable procedente de un acueducto del AyA es 1 (0.2%), de un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR) 379 (78.0%), de un acueducto municipal 2 (0,4%), de un pozo 79 (16,3%), de un río o quebrada 15 (3,1%), de otras fuentes como lluvia, camiones cisterna o hidrantes un 10 (2.1%).
- De los 537 casos del distrito de Bebedero la proporción de viviendas que cuentan con agua potable procedente de un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR) 525 (97,8%), de un acueducto municipal 1 (0,2%), de un pozo 11 (2,0%).



- De los 188 casos del distrito de Porozal la proporción de viviendas que cuentan con agua potable procedente de un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR) 148 (78,7%), de un pozo 39 (20,7%), de otras fuentes como lluvia, camiones cisterna o hidrantes un 1 (0,5%).

Por ende, 7009 viviendas cuentan con agua intradomiciliaria (97,7%) (INEC, 2016).

Instalaciones mejoradas de saneamiento.

En la provincia de Guanacaste, para el año 2018, de acuerdo con la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA) la distribución porcentual de la población de los hogares según el tipo de instalación sanitaria utilizada por el hogar se divide en instalaciones sanitarias mejoradas e instalaciones sanitarias no mejoradas (UNICEF, INEC y MS, 2019).

En consecuencia, la distribución porcentual de la población de hogares con instalaciones sanitarias mejoradas corresponde a 99,1%, desglosado en 5,8% descarga a sistema de alcantarillado (inodoro), 89,5% tanque séptico, 0,8% pozo negro, 1,4% no sabe dónde, 1,2% letrina de fosa con losa y 0,3% inodoro de compostaje (UNICEF, INEC y MS, 2019). Complementariamente, según el CENSO 2011 la cantidad de viviendas que utilizan alcantarillado sanitario es 1254, tanque séptico 5635 y hueco (pozo negro o letrina) 221, para un total de 7172 viviendas (casos) (INEC, 2016).

Además, la distribución porcentual de la población de hogares con instalaciones sanitarias no mejoradas corresponde a 0,4% descarga a drenaje abierto, 0,4% letrina de fosa sin losa, 0,0% balde, 0,0% otro, 0,0% no sabe/ ignorado, 0,1% defecación al aire libre (no hay instalación, campo abierto, matorrales) (UNICEF, INEC y MS, 2019).



De igual manera, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2016), a nivel de distritos del cantón:

- De los 5 662 casos del distrito de Cañas la proporción de viviendas que utilizan alcantarillado sanitario es 1254, tanque séptico 4285, tiene salida directa a acequia, zanja, río o estero 8, es de hueco, de pozo negro o letrina 93, no tiene servicio sanitario 22.
- De los 299 casos del distrito de Palmira la proporción de viviendas que utilizan alcantarillado sanitario es 0, tanque séptico 272, tiene salida directa a acequia, zanja, río o estero 0, es de hueco, de pozo negro o letrina 24, no tiene servicio sanitario 3.
- De los 486 casos del distrito de San Miguel la proporción de viviendas que utilizan alcantarillado sanitario es 0, tanque séptico 435, tiene salida directa a acequia, zanja, río o estero 2, es de hueco, de pozo negro o letrina 39, no tiene servicio sanitario 10.
- De los 537 casos del distrito de Bebedero la proporción de viviendas que utilizan alcantarillado sanitario es 0, tanque séptico 471, tiene salida directa a acequia, zanja, río o estero 1, es de hueco, de pozo negro o letrina 52, no tiene servicio sanitario 13.
- De los 188 casos del distrito de Poroza la proporción de viviendas que utilizan alcantarillado sanitario es 0, tanque séptico 172, tiene salida directa a acequia, zanja, río o estero 0, es de hueco, de pozo negro o letrina 13, no tiene servicio sanitario 3.



Manejo de residuos sólidos

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2016), en el cantón de Cañas el manejo de residuos sólidos corresponde 5794 casos por camión, 245 casos la botan en un hueco o entierran, 1019 casos la queman, 17 casos la botan en lote baldío, 7 casos la botan en un río, quebrada o mar, 90 otro (INEC, 2016).

Igualmente, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2016) a nivel de distritos del cantón:

- De los 5 662 casos del distrito de Cañas el manejo de residuos sólidos corresponde 5056 casos por camión, 99 casos la botan en un hueco o entierran, 428 casos la queman, 7 casos la botan en lote baldío, 5 casos la botan en un río, quebrada o mar, 67 otro.
- De los 299 casos del distrito de Palmira el manejo de residuos sólidos corresponde 26 casos por camión, 42 casos la botan en un hueco o entierran, 221 casos la queman, 5 casos la botan en lote baldío, 0 casos la botan en un río, quebrada o mar, 5 otro.
- De los 486 casos del distrito de San Miguel el manejo de residuos sólidos corresponde 205 casos por camión, 69 casos la botan en un hueco o entierran, 201 casos la queman, 0 casos la botan en lote baldío, 0 casos la botan en un río, quebrada o mar, 11 otro.
- De los 537 casos del distrito de Bebedero el manejo de residuos sólidos corresponde 505 casos por camión, 2 casos la botan en un hueco o entierran, 23 casos la queman, 1 casos la botan en lote baldío, 2 casos la botan en un río, quebrada o mar, 4 otro.



- De los 188 casos del distrito de Porozal el manejo de residuos sólidos corresponde 2 casos por camión, 33 casos la botan en un hueco o entierran, 146 casos la queman, 4 casos la botan en lote baldío, 0 casos la botan en un río, quebrada o mar, 3 otro.

t. Descripción de características de presencia de riesgos

El riesgo, trata de toda aquella ocurrencia de eventos naturales que pueden incurrir negativamente la salud pública de acuerdo con el impacto en las comunidades y la capacidad de reacción positiva de las mismas.

Costa Rica dada su ubicación en el Continente Americano ha sido caracterizado como un país multiamenaza, debido a las características físicas y climáticas que presenta. Al formar parte de este singular país, el cantón de Cañas dado a su ubicación en la provincia de Guanacaste tiene la característica de contar con zonas bajas y zonas altas las cuales se ven vulnerables en las distintas épocas del año. En Cañas, la temporada de lluvia es opresiva y nublada; la temporada seca es húmeda, ventosa y parcialmente nublada y es muy caliente durante todo el año. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 24 °C a 36 °C y rara vez baja a menos de 22 °C o sube a más de 38 °C (Municipalidad de Cañas, 2022).

A continuación, se detallarán los riesgos naturales, ambiental y de origen humano los cuales tienen influencia en el cantón.



Riesgos de origen natural.

Inundaciones.

El cantón de Cañas cuenta con un grupo de quebradas y ríos que durante un periodo amplio de tiempo han sido referencia clara de amenazas al cantón.

La red hidrometeorológica del cantón de Cañas está compuesta principalmente por los ríos: Corobicí, Bebedero, Cañas, Higuerón, Tenorio, Lajas, Magdalena, San Lorenzo, Sata Rosa y quebrada Palmira; los cuales causan afectación a las comunidades de El Güis, El Coco, Bebedero, Higuerón, San Miguel, Vergel, San Pedro, Cantarrana, Libertad, Taboga, Bebedero, Río Chiquito, Cepo, Corobicí, Tenorito, San Isidro, Santa Lucía, Sandillal, Paraíso, Palmira.

Según datos obtenidos del Plan cantonal de Emergencias, desde el año 1954 hasta el 2020 se han presentado al menos 15 eventos climáticos que han afectado al cantón por inundaciones tanto en comunidades rurales como el casco urbano del cantón ente ellos estos eventos destacan: Huracán Gilbert, Tormenta Tropical Mitch, Huracán Otto, Tormenta Nate y Huracanes ETA, IOTA (Municipalidad de Cañas, 2022).

Inundaciones por déficit de capacidad del alcantarillado.

El cantón de Cañas cuenta con una particularidad en cuanto al transporte de las aguas, dado a que se cuenta con un alcantarillado sanitario mixto es decir se transportan aguas de lluvia como aguas negras y residuales. Lo cual actualmente por el crecimiento urbanístico del cantón, alcantarillado obsoleto, conexiones ilegales sumado a una mala planificación en la construcción de la nueva carretera interamericana ha provocado que la zona central del cantón de cañas y algunos barrios aledaños se vena inundados causando daños en viviendas y comercio.



Actividad sísmica.

Cañas está ubicado en una zona de presenta eventos sísmicos provocados por el choque de las placas cocos-caribe las cuales han mantenido a Costa Rica en permanente alerta desde hace varios años, según datos del Schmidt Ocean Institute solo en el año 2018 se presentaron 62 sismos, nueve de ellos con magnitudes mayores a 3.5 y uno mayor a 4.5.

En el caso del Cantón de Cañas según la Red Sismológica Nacional, existe la falla Cañas, la cual se extiende con rumbo noroeste, desde el norte de Miramar, esta falla pasa por los cantones de: Cañas, Tilarán, Las Juntas y Montes de Oro. En su trayectoria, pasa unos 6 km al este de la ciudad de Cañas y unos 5 km al sur de la ciudad de Tilarán. La falla posee una longitud aproximada de 40 km.

En el catálogo de sismos relevantes de Costa Rica, el 24 de agosto de 1853 se registra un terremoto superficial al este de Cañas, de magnitud Mw 6,0, el cual podría estar relacionado con la falla Cañas. El mismo provocó daños importantes en la ciudad de Cañas.

Existen datos históricos de la Comisión nacional de emergencias que indican actividad sísmológica de importancia en los años 1827, 1853, 1863, 1900, 1905, 1916, 1950, 1990, 2012 (7.6Mw) frente a las costas de la Península de Nicoya causando daños de importancia en el cantón.

Actividad Volcánica.

Según indica la Comisión Nacional de emergencias el límite norte del cantón de Cañas está conformado por la divisoria de la Cordillera Volcánica de Guanacaste, en la cual se ubica el Volcán Tenorio.



Por otro lado, el volcán activo más cercano al cantón de Cañas es el Rincón de la Vieja, que su último periodo de reactivación fue en el año 2022 con la generación provocó la activación de los Comités Comunales de Emergencia, quienes informaron que ha bajaron materiales (lahares) sobre algunas quebradas cercanas (El GuardianCr, 2022).

Los efectos más importantes de una erupción volcánica cerca del cantón de Cañas serían: Caída de cenizas sobre todo hacia el Norte del cantón, afectando a los pobladores y a la actividad ganadera de esos sectores. Los poblados más vulnerables son: Hacienda Tenorio, Paraíso, Palmira. Flujos de lodo en aquellos ríos que nacen cerca de la parte alta de la Cordillera Volcánica de Guanacaste, tales como: Río Martirio, Río Tenorio, Río Corobicí, Río San Lorenzo. Contaminación provocada por emisión de gases, afectando sobre todo aquellos sectores hacia el norte del cantón (Municipalidad de Cañas, 2021).

Deslizamientos.

Las características topográficas (donde se presenta una altitud máxima de hasta 1877 m) y geológicas (que incluye materiales sedimentarios y volcánicos de edades diversas) propias del cantón de Cañas, lo hacen vulnerable a la inestabilidad de laderas, sobre todo hacia el norte del cantón, donde la pendiente del terreno es más abrupta. Además, son susceptibles a inestabilidad aquellos lugares donde se han practicado cortes de caminos y rellenos poco compactos (Municipalidad de Cañas, 2022).

Algunos de los efectos de mayor importancia a consecuencia de los deslizamientos serían: sepultamiento de viviendas, deterioro de vías, flujos de lodo, y daño a la agricultura y ganadería.



Sequías.

En la provincia de Guanacaste, ocurren sequías de manera recurrente, pero cada diez años estas son más prolongadas como consecuencia de varios factores que favorecen esa condición y donde no solamente el Fenómeno del Niño es responsable del aumento de la sequía, sino que también los vientos alisios y la temperatura superficial del mar inciden en que la región sea más o menos seca.

En el año 2014 la provincia de Guanacaste soportó las inclemencias por la falta de agua que generó una sequía extensa, por ejemplo, en algunos sectores en Guanacaste lluvias alcanzaron disminuciones de hasta un 46% menos de lluvia. Lo anterior provocó un balance hídrico extremadamente negativo que afectó drásticamente el crecimiento de los cultivos. Es así como las condiciones adversas de la sequía provocaron serias distorsiones en el manejo de las plantaciones de caña de azúcar; hubo actividades como la fertilización y control de malezas que no se realizaron adecuadamente, ya que el nivel de humedad de los suelos era deficiente en ese momento.

La tabla 19 resume los Factores de riesgo agroclimático que proporciona el Ministerio de Agricultura y Ganadería en el año 2021.



Tabla 19

Cañas: Factores de riesgo agroclimático

Zonas de riesgo (distritos, comunidades, territorios)	Factores de riesgo agroclimáticos			
	Sequía	Inundación	Viento	Otros
Cañas (Sandial, Libertad, Cepo, Corobicí, Vergel, San isidro, Lajas)	x	x		
Bebedero	x	x		x
Palmira (Nueva Guatemala, Agua Caliente, Tenorio, Paraíso)	x		x	x
San Miguel (Higuerón, San Juan, El Coco)	x	x		
Porozal (Tiquiruzas, Santa Lucía, Nispero)	x	x		x

Riesgos de origen antrópico.

Son aquellos riesgos influidos por la acción del hombre, los cuales suelen ser ocasionales, intencionales, accidentales o por alguna falla operacional. Entre estos riesgos se pueden mencionar los: eventos tecnológicos, eventos contaminantes y eventos socio naturales y conflictos.

Incendios en infraestructura.

Históricamente según datos de la Comisión Municipal de Emergencias desde años antes de 1853 al finalizar el 2022 se han presentado al menos 10 incendios estructurales los cuales tiene como factores de vulnerabilidad: accidentes domésticos, fallas eléctricas o instalaciones en mal



estado, manipulación inadecuada de líquidos inflamables, fugas de gases combustibles, acumulación de basura, velas, fósforos o cigarrillos mal apagados, artefactos en mal estado.

Cabe destacar que estos incendios se han producido tanto en el casco central como en las áreas rurales por lo que en cuanto al cantón el riesgo es latente en ambas áreas.

Amenaza por derrame de materiales peligrosos (emergencias tecnológicas).

Una emergencia o accidente químico, es un evento repentino, no deseado, resultante de la liberación o potencial liberación de sustancias peligrosas. Las que pueden ser en forma de fuegos, explosiones, derrames, fugas o escapes, capaces de poner en riesgo la salud de las personas, sus bienes y el ambiente, de manera inmediata o a futuro; provocando lesiones, enfermedades, discapacidades y muerte. Las emergencias y desastres tecnológicos se originan en accidentes industriales, laboratorio, transporte de materiales peligrosos y actividades comerciales diversas (Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica, s.f.).

Las zonas de riesgo donde es posible que se produzcan estos incidentes en el cantón de Cañas son: área de gasolineras, Zonas industriales del Cantón, Ingenio Azucarero, Zonas de extracción de materiales etc.

Enfrentamientos.

El más reciente y de auge fue 2020 cuando se produjo un encuentro entre antimotines y ciudadanos de Cañas por bloqueos en la Ruta 1ª consecuencia de las manifestaciones en contra una propuesta de nuevos impuestos a transacciones bancarias y la renta global, así como el aumento de otros tributos como el de la renta y el de bienes inmuebles. Lo anterior tuvo como consecuencia, impedimento del libre paso en la carretera interamericana, incendios cercanos a los



servicios de abastecimiento de combustible, caída de gases lacrimógenos en viviendas de Barrio San Cristóbal Sur y detención de personas y su proceso ante el Ministerio público.

Riesgos ambientales.

Contaminación de efluentes y afluentes de agua.

El río Bebedero está compuesto por dos subcuencas, primera subcuenca sería el río Blanco, compuesta por el río Piedras y sus afluentes los ríos San Jerónimo, Blanco, Paso Ancho, Enmedio y Potrero. La segunda subcuenca que compone el río Bebedero es el río Tenorio, compuesto por los ríos Cuipilapa, Tenorito y Corobicí, teniendo como afluentes de este último los ríos Sandillal, San Lorenzo, Cabuyo, Magdalena, Macho y Martirio. Además de los mencionados se deben incluir los ríos Cañas y Lajas. En la cuenca del río Bebedero se han generado diversas situaciones que han puesto en peligro los ecosistemas de la zona. Primeramente, es importante mencionar la situación ocurrida en septiembre del año 2001, cuando se dio el derrame de aproximadamente 20000 m³ de vinaza, la cual se considera como los restos en la producción de etanol. Dicha problemática dejó como resultado una severa contaminación en la parte baja de la cuenca, así como la muerte de gran cantidad de peces (Cover, s.f.).

Zonas de producción industrial.

Según el Plan Regulador del cantón de Cañas publicado en la gaceta el 20 de octubre del 2006 la zona de actividad industrial del cantón de Cañas se subdivide en:



Zona de actividades industriales (I): La cual consta de requerimientos especiales en ubicación en infraestructura ya que genera transporte pesado y contaminación de ruido y humo. Destacan dentro de esta área empresa como: DPL Semillas, Arrocería Liborio.

Zona industrial de talleres y depósitos (IT): Esta zona es aplicada a industrias que requieren un menor espacio físico de emplazamiento y es complementaria a la zona industrial, las instalaciones no deben provocar conflictos por usos no compatibles en el entorno existentes. Se pueden encontrar en esta área: Colono agropecuario, diversos talleres, depósitos de reciclaje, zona oeste del cementerio de Cañas, área sur de la salida del centro de Cañas (camino a Javilla).

Zona industrial acuícola (IA): posee requerimientos especiales de ubicación ya que genera transporte pesado y probable contaminación con humo ruidos, olores, ocupa mucho espacio y gran cantidad de agua. Destaca en esta área Aquacorporación S.A.

Los riesgos en estas áreas dependerán del tipo de actividades que se desarrollen entre ellos se pueden mencionar: ruidos molestos, olores desagradables, atrapamientos por máquinas, accidentes de tránsito, explosiones e incendios, presencia de materiales tóxicos como consecuencia de derrames de combustibles, la electrocución a partir del contacto con los conductores cargados, riesgo físico por la manipulación durante la carga y descargar de sustancias peligrosas, contaminación acuática, explosión o intoxicación por gases tóxicos.

Zonas de producción agrícola y agropecuaria.

La mayor parte del cantón tiene posibilidades para el aprovechamiento agropecuario con cultivos anuales o pastos. Los suelos apropiados para este tipo de uso son clase II con algunas



limitaciones que se pueden atribuir a la pendiente (más de 15%) y al prolongado periodo seco (5 meses o más). Estos suelos requieren métodos sencillos de conservación y manejo. Es apta para cualquier uso, sin embargo, requiere una selección cuidadosa de los cultivos y actividades a desarrollar. Actualmente según datos del Ministerio de agricultura y ganadería la actividad Agrícola se desarrolla en 11.529,4 hectáreas del cantón. El cultivo de la caña representa un 57% de la extensión territorial, seguido de otros cultivos en una extensión de un 19 % tales como el arroz con 19%, el cultivo de teca, pochote, maíz, melina, melón, sandía y frijol. (Ministerio de Agricultura y Ganadería, 2021)

Dentro de los riesgos que constan en estas zonas agrícolas están: contaminación de las fuentes de agua, sequías, exceso de lluvias (fenómenos atmosféricos), incendios forestales, erosión de los suelos, efectos adversos en los cultivos por efectos del viento, agotamiento de los suelos por plantaciones no planificadas, accidentes aéreos, accidentes con maquinarias.

Según datos obtenidos del Plan Cantonal de Desarrollo Humano Local de Cañas 2017-2026 (2016) la principal actividad es la pecuaria, con 58%; con respecto a actividades pecuarias, predomina el ganado vacuno, en su mayoría para producción de carne con un 79%, para doble propósito (carne y leche) un 15% y solo para producción de leche un 6%. El ganado vacuno no es utilizado para trabajo.

Para el sector primario (agricultura, ganadería y pesca), es notable que en la mayoría de las zonas del cantón predomina esta actividad, con valores por encima del 75%, sobre todo en el distrito de Palmira.



III. Selección de los indicadores

Un indicador hace referencia a un dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura. Es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos. La selección de los indicadores que forman parte de este documento se realizó considerando el criterio del equipo local. La descripción de estos se consigna en el anexo 1.

IV. Priorización de los problemas

La priorización de problemas permitió seleccionar las distintas alternativas de soluciones, en base a la ponderación de opciones y aplicación de criterios.

Para la realización de priorización de problemas se dividió en dos priorizaciones: la basada en los datos de mortalidad por parte del equipo técnico y la priorización con la comunidad y los actores sociales.

a. Metodología de priorización del Equipo ASIS basado en mortalidad

A continuación, se describen las causas de mortalidad en la población de Cañas utilizando las Bases de Mortalidad Anuales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el quinquenio 2015-2019.



Para efectos de este análisis y siguiendo la metodología oficial: se basa en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se agrupan los eventos según los grupos de carga global de enfermedad (GBD) y se analizan los datos por grupos de edad según curso de vida de la siguiente manera:

- Menores de 1 año
- De 1 a 9 años (niñez)
- De 10 a 19 años (adolescencia)
- De 20 a 64 años (persona adulta)
- Mayores de 65 años (persona adulta mayor)
- En la población en general

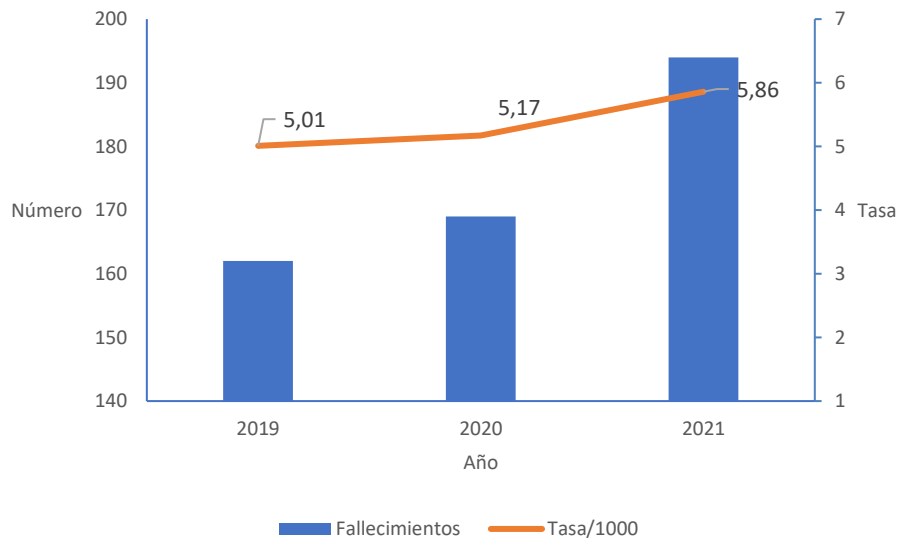


Mortalidad General.

Según datos del INEC, la tasa general de mortalidad en el cantón de Cañas en el 2021 fue de 5.86 por cada 1000 habitantes, presentando un leve aumento respecto a los años 2019 y 2020 con tasas de 5.01 y 5.17 respectivamente (Figura 2).

Figura 2

Cañas: Número y tasas brutas de mortalidad por cada 1000 habitantes según años



En el mismo periodo señalado ha habido cambios cada año con respecto a los distritos con las tasas de mortalidad más altas. Es importante destacar que los distritos de Cañas y Bebedero son los que muestran una tendencia al aumento en la tasa, pasando de 4.93 a 6.01/1000hab para el caso de Cañas, y de 5.90 a 8.59/1000 habitantes en Bebedero. Los distritos de Palmira y San Miguel, por el contrario, presentan las tasas de mortalidad más bajas (Tabla 20).



Tabla 20

Cañas: Tasa bruta de defunciones por distrito, trienio 2019-2021 (tasas por 1000 habitantes)

Cantón y distrito	2019			2020			2021		
	Población	Defunciones	Tasa	Población	Defunciones	Tasa	Población	Defunciones	Tasa
Cañas	32 325	167	5,17	32 685	169	5,17	33 042	194	5,87
Cañas	25 660	136	5,30	25 971	128	4,93	26 279	158	6,01
Palmira	1 324	6	4,53	1 337	3	2,24	1 349	5	3,71
San Miguel	2 030	8	3,94	2 045	17	8,31	2 059	5	2,43
Bebedero	2 524	12	4,75	2 542	15	5,90	2 562	22	8,59
Porozal	787	5	6,35	790	6	7,59	793	4	5,04

Sobre las causas de mortalidad en el quinquenio 2015-2019 según el INEC, al analizar los datos y agrupar éstas según eventos de carga global general se puede observar como la Enfermedades No Transmisibles ocupan el 80.97% del total de muertes para una tasa de 206.25 por cada 10.000 habitantes, esto es congruente con el perfil epidemiológico nacional (Tabla 21).



Tabla 21

Cañas: Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad quinquenio 2015 – 2019, Cañas (cifras quinquenales, tasa promedio por 10 000 habitantes)

Eventos	Total quinquenio	Tasa quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	651	206,25	80,97%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	91	28,83	11,32%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	47	14,89	5,85%
Mal definidas	15	4,75	1,87%
Total general	804	254,72	100%

Seguidamente y luego de desagregar el grupo de Enfermedades No Transmisibles, se observa en la tabla 22, que, para el cantón de Cañas en el periodo ya descrito, el subgrupo de Enfermedades Cardiovasculares representa el 27,49% de las muertes, seguido de los Tumores malignos y las Enfermedades del Sistema genitourinario. En este punto es importante anotar que el segundo gran grupo de eventos en importancia corresponde a las Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad, donde destacan los Accidentes de Tránsito con una tasa de 21.54 por cada 10 000 habitantes.



Tabla 22

Cañas: Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad quinquenio 2015 - 2019, Cañas (cifras quinquenales, tasa promedio por 10 000 habitantes)

Eventos	Total quinquenio	Tasa quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	651	206,25	80,97%
Enfermedades cardiovasculares	221	70,02	27,49%
Tumores malignos	129	40,87	16,04%
Enfermedades del sistema genito-urinario	98	31,05	12,19%
Enfermedades digestivas	55	17,42	6,84%
Enfermedades respiratorias	49	15,52	6,09%
Diabetes mellitus	45	14,26	5,60%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	22	6,97	2,74%
Enfermedades del sistema músculo esquelético	10	3,17	1,24%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	7	2,22	0,87%
Anomalías congénitas	5	1,58	0,62%
Enfermedades de la piel	5	1,58	0,62%
Otros tumores	5	1,58	0,62%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	91	28,83	11,32%
Accidentes	68	21,54	8,46%
Lesiones intencionales	23	7,29	2,86%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	47	14,89	5,85%
Infecciones respiratorias	23	7,29	2,86%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	15	4,75	1,87%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7	2,22	0,87%
Deficiencias de la nutrición	2	0,63	0,25%
Mal definidas	15	4,75	1,87%
Causas mal definidas	15	4,75	1,87%
Total general	804	254,72	100,00%



Finalmente, y para tener conocimiento más específico de las causas de mortalidad, se desglosas estas causas por grupos de edad según curso de vida y se obtienen las tres causas principales para cada grupo. Es así como se puede establecer que la principal causa de fallecimiento en menores de un año son los problemas respiratorios del recién nacido, originados en el periodo perinatal que tienen un peso porcentual de 16.67 del total de muertes en esta edad. Para el grupo que conforma a los niños (1 a 9 años), queda claro que el 60% de las muertes es por causa de los Accidentes de Tránsito; lo mismo ocurre en el caso de los Adolescentes, donde el 50% de los fallecimientos es por esta misma causa.

El grupo que integra a la mayor proporción de la población es la de las personas de 20 a 64 años; en estas edades la principal causa de mortalidad está constituida por la Enfermedades Cardiovasculares que ocasionan el 25% de los fallecimientos; igualmente, en los mayores de 65 años este grupo de enfermedades causa la mayoría de las muertes (31.40%). (Tabla 23)



Tabla 23

Cañas: Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida. Quinquenio 2015-2019, Cañas (números absolutos y porcentaje)

Orden	Evento (Código CIE10)	Grupos de edad	
		Menos de 1 año	Porcentaje
1	P28 - Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal	4	16,67%
2	P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	3	12,50%
3	P24 - Síndromes de aspiración neonatal	2	8,33%

Orden	Evento (Código CIE10)	1 a 9 años	Porcentaje
1	V48, V49 Accidentes de tránsito	3	60,00%
2	W73 Otros ahogamientos y sumersiones especificados	1	20,00%
3	C91 - Leucemia linfoide	1	20,00%

Orden	Evento (Código CIE10)	10 a 19 años	Porcentaje
1	V09, V29, V89 Accidentes de tránsito	5	50,00%
2	C41, E05, G06 Enfermedades no transmisibles	3	30,00%
3	X95, X99 Lesiones intencionales (no autoinfligida)	2	20,00%

Orden	Evento (Código CIE10)	20 a 64 años	Porcentaje
1	I10-I80 Enfermedades cardiovasculares	75	25,00%
2	N18 - Insuficiencia renal crónica	53	17,67%
3	V09, V19, V29, V49, V89 Accidentes de tránsito	28	9.33%

Orden	Evento (Código CIE10)	65 y más años	Porcentaje
1	I10-I99 Enfermedades cardiovasculares	146	31,40%
2	C16, C18, C22, C25, C34, C50, C61 Tumores malignos de estómago, páncreas, hígado, pulmón, colon, mama, útero y próstata	52	11,18%
3	N18 - Insuficiencia renal crónica	36	7,74%

Orden	Evento (Código CIE10)	Total edades	Porcentaje
1	I05-I99 Enfermedades cardiovasculares	221	27,49%
2	Tumores malignos	129	16,04%
3	N18 - Insuficiencia renal crónica	89	11,07%



Es importante anotar que, los eventos por ciclo de vida relacionados con las Enfermedades Cardiovasculares se encuentran en los grupos de 20 a 64 años y de 65 años y más. En el caso de Accidentes de Tránsito, ocupan el primer lugar de mortalidad en los grupos de 1 a 9 años y de 10 a 19 años. Finalmente, en los menores de 1 año, destacan los Otros problemas respiratorios del recién nacido originados en el período perinatal (P28) como principal causa de muerte, sin embargo, este evento junto con el que ocupa el tercer lugar (Síndromes de aspiración Neonatal- P24-) pertenecen por su etiología, al grupo de **Trastornos respiratorios específicos del período perinatal (P20-P28)**, por lo que se llevará a análisis de esta manera.

Es así como los cinco problemas que se identifican en esta parte de la metodología son los siguientes:

- **Menos de 1 año:** P24-P28 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal
- **1 a 9 años:** V48, V49 Accidentes de tránsito
- **10 a 19 años:** V09, V29, V89 Accidentes de tránsito
- **20 a 64 años:** I10-I80 Enfermedades cardiovasculares
- **65 y más años:** I10-I99 Enfermedades cardiovasculares
- **Total todas las edades:** I05-I99 Enfermedades cardiovasculares



b. Priorización de los problemas de salud con la comunidad

Para la realización del primer taller denominado: “Taller con la comunidad para la priorización de los problemas de salud”, se procedió a identificar principales actores sociales de la comunidad mediante un análisis realizado por el Equipo Técnico. Como criterios de selección se estableció que debían ser representantes reconocidos formalmente por instituciones y organizaciones cantonales, pero también se registraron aquellas que a pesar de no gozar de reconocimiento formal tienen legitimidad social por ser líderes comunales o religiosos, además de respetar la paridad de género.

Una vez identificados se procedió a ponderar su participación en el proceso de priorización de los problemas de salud de la comunidad, procurando que exista representatividad de todos los sectores involucrados y utilizando para este fin la matriz de análisis de actores sociales, facilitados en la Guía Metodológica Análisis de Situación de Salud Costa Rica.

El grupo de actores sociales elegidos fue heterogéneo, ya que participaron representantes del Concejo Municipalidad de Cañas, instituciones educativas, Asociaciones de Desarrollo, líderes comunales, asociaciones para personas con discapacidad, asociaciones culturales y líderes religiosos. Estos participantes son convocados vía correo electrónico y mediante visita física. Se confirma seguimiento a la convocatoria y confirmación de asistencia a la misma mediante llamadas telefónicas realizadas por el equipo técnico del Área Rectora de Salud de Cañas.

El objetivo de este primer taller fue precisamente identificar desde la percepción de la comunidad cuáles son los problemas de salud que más están afectando al cantón de cañas. Para cumplir con este objetivo fue necesario realizar una presentación magistral en donde se les explicó a los participantes en qué consiste un Análisis de situación integral en salud, abordando conceptos clave tales como la salud integral.

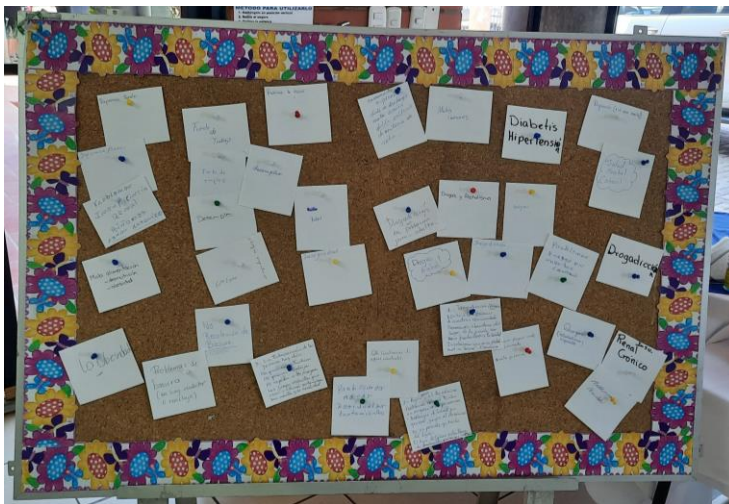


Sondeo general de problemas de salud.

En un primer momento del desarrollo del taller de identificación de problemas de salud en la comunal, se utilizó la Técnica de Grupo Nominal la cual consistió en un sondeo general en donde cada participante partiendo de una reflexión individual escribió en tarjetas entregadas para este fin los 3 principales problemas de salud que considera afectan a la comunidad de Cañas y que fueron expuestos al grupo, creándose así, un listado de toda la generalización de problemas de salud construida por el grupo. (Figura 3) El equipo técnico hizo énfasis en cada uno de los momentos del taller, en la importancia de que los problemas reflejaran la afectación a nivel de la salud mental de la población.

Figura 3

Sondeo general de problemas de salud





Una vez que la “lluvia de ideas” estuvo completa y sin problemas repetidos, el listado resultante lo integraron un total de 17 problemas (Tabla 24)

Tabla 24

Cañas: Listado general de problemas de salud identificados por la comunidad

Problema de Salud	
1	Insuficiencia renal
2	Depresión (Problemas de salud mental)
3	Diabetes
4	Desempleo
5	Deficiente infraestructura vial (Calles en mal estado)
6	Poca presencia del Ministerio de Salud
7	Drogas y alcoholismo en la población joven y adulta
8	Robos
9	Inseguridad
10	Problemas con recolección de desechos y reciclaje
11	Aguas residuales
12	Afecciones propias de la edad avanzada
13	Alergias
14	Obesidad
15	Educación de los jóvenes (Juegos violentos, no estudio, no trabajo y falta de respeto)
16	Hipertensión
17	Problemas con el arsénico (agua con componentes nocivos)



Posteriormente, cada participante de manera individual debió elegir del listado general, los problemas de salud que consideró son los más importantes en la comunidad y los jerarquizó con puntuación de 1 a 5. Donde 5 fue de gran importancia y 1 menor importancia. A continuación, cada participante expuso los problemas identificados y su clasificación y se fueron puntuando según la votación individual hasta obtener los primeros 10 problemas de salud según los actores sociales comunales (Tabla 25)

Tabla 25

Cañas: *Diez problemas de salud prioritarios según la comunidad*

Problemas de salud
Desempleo
Drogas y alcoholismo en la población joven y adulta
Insuficiencia renal
Depresión (Problemas de salud mental)
Inseguridad
Educación de los jóvenes (Juegos violentos, no estudio, no trabajo y falta de respeto)
Aguas residuales
Hipertensión
Diabetes
Problemas con recolección de desechos y reciclaje



En un segundo momento se procedió a la valorización y selección de los problemas de salud detectados en la comunidad. Los grupos de trabajo calificaron cada uno de los problemas de salud, según los criterios expresados en el Cuadro 8 de la Guía Metodológica Análisis de Situación de Salud Costa Rica (Figura 4).

Figura 4

Criterios de priorización de los problemas de salud en la comunidad

Problema de salud	Magnitud	Gravedad	Nivel de oportunidad de solución	Valoración del interés de la comunidad	Demanda de los servicios de Salud
XXXX	<p>¿Qué cantidad de población (de ese grupo social) es afectada por el problema?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Afecta a pocos2. Afectada de manera moderada3. Afecta a muchos	<p>¿Qué probabilidad tiene este problema de ocasionar daños (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) importantes?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Baja2. Media3. Alta	<p>¿Qué posibilidades existen de realizar acciones de prevención primaria que eviten la aparición de este problema?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. pocas oportunidades2. Oportunidades moderadas3. Altas oportunidades	<p>¿Qué grado de interés tienen los participantes, de la comunidad, en la resolución del problema?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Poco interés2. Interés medio3. Alto interés	<p>¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema en salud?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Poca demanda2. Moderada demanda3. Alta demanda

Fuente: Ministerio de Salud

Una vez aplicada esta valoración individual, se procedió a colocar y sumar los puntajes que cada participante asignó a cada problema. Obteniendo de esta forma un consolidado de valoración de los problemas de salud según participante.

Posteriormente se obtuvo un puntaje total para cada problema de salud, según las calificaciones individuales de todos los participantes. Se procedió a extraer los 3 problemas de salud que



obtuvieron el mayor puntaje y se sumaron a la lista de problemas priorizados por el Equipo Local, siendo éstos:

1. Desempleo
2. Inseguridad.
3. Insuficiencia Renal.

Finalmente, se realiza el análisis de los tres problemas de salud identificados por la comunidad mediante la técnica de causa-efecto denominada “los cinco por qué”. Esta técnica consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular y se basa en un proceso de trazabilidad, donde se hacen preguntas para analizar las posibles causas del problema caminando hacia atrás, hasta llegar a la última causa que lo originó. Los cinco por qué de cada problema fueron los siguientes (Figura 5)

Figura 5

Cañas: Cinco por qué según problemas de salud priorizados

Desempleo	
¿Por qué ocurre el problema del desempleo?	Porque no hay una organización y compromiso ciudadano efectivo.
¿Por qué no hay una organización y compromiso ciudadano efectivo?	Porque falta fiscalización de la ciudadanía de los planes de gobierno local y del uso de recursos
¿Por qué falta fiscalización de la ciudadanía de los planes de gobierno local y del uso de recursos?	Porque no hay diagnóstico de recursos económicos, humanos, empresarial, oferta y demanda en el cantón.
¿Por qué no hay diagnóstico de recursos económicos, humanos, empresarial, oferta y demanda en el cantón?	Porque faltan Políticas Económicas del gobierno local



Inseguridad

¿Por qué ocurre el problema de inseguridad?	Porque hay gran presencia de adicciones y vicios sociales
¿Por qué hay gran presencia de adicciones y vicios sociales?	Porque no se denuncian delitos por parte de la comunidad.
¿Por qué no se denuncian delitos por parte de la comunidad?	Porque existen portillos legales o ambigüedades que desmotiva a la denuncia de delitos.
¿Por qué existen portillos legales o ambigüedades que desmotiva a la denuncia de delitos?	Porque hay falta de recursos policiales, judiciales, comunales y pérdida de valores en los hogares.
¿Por qué hay falta de recursos policiales, judiciales, comunales y pérdida de valores en los hogares?	Porque hay falta de organización y compromiso comunal e institucional que fortalezca y promueva la seguridad ciudadana.

Insuficiencia Renal

¿Por qué ocurre el problema de insuficiencia renal?	Porque hay abuso de medicamentos o automedicación.
¿Por qué hay abuso de medicamentos o automedicación?	Porque hay mal control de enfermedades crónicas (HTA, DM, Obesidad)
¿Por qué hay mal control de enfermedades crónicas (HTA, DM, Obesidad)?	Porque no hay estilos de vida saludables en la población.
¿Por qué no hay estilos de vida saludables en la población?	Porque hay mala alimentación, sedentarismo, exposición al sol sin protección, poca hidratación, mal control de la salud.
¿Por qué hay mala alimentación, sedentarismo, exposición al sol sin protección, poca hidratación y mal control de la salud?	Porque hay desconocimiento de las medidas de autocuidado del riñón aplicables en los entornos personales, familiares y comunales.



Esta explicación de las causas de cada uno, serán de insumos para el siguiente paso:
Análisis de los problemas con los expertos.

V. Análisis de los problemas priorizados

En este capítulo se retoman los tres problemas identificados por la comunidad más los cinco problemas priorizados basados en los datos de mortalidad y el problema general. En el caso de Cañas, hay coincidencia de problemas con el grupo de 20 a 64 años, 65 y más y el problema general. Esto obliga al Equipo Técnico a realizar un análisis de esta causa y se pudo evidenciar que el peso poblacional del grupo de 20 a 64 años es muy grande y que desde un criterio epidemiológico la causalidad es muy semejante para ambos grupos, por lo que se decide, en concordancia con la asesoría recibida por el equipo técnico nacional, analizar una única vez las **Enfermedades Cardiovasculares**. Esto mismo sucede con la causa de mortalidad para los grupos de 1 a 9 años y 10 a 19 años e igualmente se revisan y analizan los datos, y por criterio epidemiológico de causas similares en ambos grupos se decide analizar una sola vez el problema de **Accidentes de Tránsito**.

De esta manera se llevan al siguiente nivel de análisis los problemas siguientes:

Desempleo

Inseguridad

Insuficiencia Renal

Trastornos respiratorios específicos del período perinatal

Accidentes de Tránsito

Enfermedades Cardiovasculares



Para realizar este análisis se utilizó el Diagrama Causa-Efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado), que es una herramienta que ayuda a determinar las causas reales y potenciales de los problemas de salud.

El Diagrama de Causa-Efecto contiene cuatro niveles de análisis:

Nivel 1: Se retoma una parte del Modelo Teórico-metodológico para el Análisis de Situación de Salud según Determinantes Sociales (INHEM, 2019) categorizando las causas principales según las Dimensiones Sociopolíticas, Socioeconómicas, Biológicas, Comportamiento, Circunstancias Materiales de Vida y Servicios de Salud.

Nivel 2: Causas Raíz, que son las causas que se identifican como un Factor de Riesgo alto para el problema de salud.

Nivel 3: Causas Secundarias, que responden al porqué se presenta la causa raíz en la población.

Nivel 4: Causas Terciarias, responden al porqué se presentan las causas secundarias en la población.

a. Identificación de las causas raíz, sus causas secundarias y terciarias del problema de salud.

Para lograr la identificación de las causas raíz, secundarias y terciarias, se realizó un taller con expertos que fueron elegidos por el equipo técnico de acuerdo con la temática de cada uno de los seis problemas prioritarios.



En este taller se detallaron las causas raíz y cada una de sus causas secundarias y terciarias por medio de un análisis del equipo técnico junto a los expertos que se distribuyeron en equipos de trabajo según la vinculación con el problema de salud.

De esta manera, en una sesión exclusiva, la Comisión Local para la Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materno-Infantil (COLEAMMI) estableció las causas de la mortalidad por Trastornos respiratorios específicos del período perinatal, en los menores de un año, y en una sesión posterior se analizaron los problemas restantes en cuatro grupos de expertos.

Cada grupo de expertos, mediante una discusión de las causas del problema procedieron a analizar para cada dimensión las causas raíz principales que afectan el problema de salud sujeto a análisis y desde una perspectiva general y de impacto en la salud mental, teniendo como guía una serie de definiciones y preguntas orientadoras facilitadas por el Equipo Técnico. Una vez que el grupo de expertos estuvo de acuerdo en las causas raíz del problema, fueron anotadas en el espacio de las “Causas Raíz” del Diagrama de Causa-Efecto, para posteriormente proceder a detallar tres causas secundarias para cada causa raíz y al menos una causa terciaria para cada causa secundaria, de manera que se completara un Diagrama Causa-Efecto para cada problema. (Anexo 8)

b. Análisis de las causas raíz con los expertos.

Una vez que se obtuvo el análisis de los seis problemas de salud en el Diagrama Causa-Efecto, fue necesario que mediante un razonamiento junto con los expertos se realizara la Priorización de las Causas Raíz mediante una herramienta específica que identifica aquellas causas



principales que influyen en el problema, basado en la metodología del diagrama de Pareto. Esta herramienta permite ordenar las calificaciones de cada criterio de priorización.

Siguiendo la metodología oficial, se establecen tres criterios de priorización de las causas raíz, a saber:

1. Nivel de influencia de la causa raíz en el problema.
2. Nivel de importancia del abordaje de la causa raíz en la comunidad.
3. Nivel de incidencia de las instituciones en la solución o abordaje de la causa raíz.

Cuando el grupo de expertos llega a un consenso, califica el peso de cada criterio de priorización para cada causa raíz del problema bajo análisis, se anotan las causas raíz por dimensión en la Plantilla digital Pareto en la que, de manera automática se calculan y ordenan los puntajes de mayor a menor peso. Se seleccionan las primeras cinco causas con puntaje de 80%, bajo la interpretación de que las causas que se ubican en los porcentajes de 80%, **tienen un mayor grado de impacto** sobre el problema de salud al ser abordadas. (Anexo 10)

c. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas.

Retomando la información generada en el Pareto se procedió a realizar un análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas, este análisis supone un acercamiento a la determinación social del evento de salud, por consiguiente, por evento el equipo local realizó la descripción general del evento de salud y la descripción y análisis de las causas priorizadas según el Pareto.



Trastornos Respiratorios Específicos Del Periodo Perinatal

El Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, define la defunción infantil “la muerte de un niño o niña menor de un año de nacido”. (La Gaceta N°107, alcance 118, p.8).

De acuerdo con los datos oficiales del INEC, la tasa de mortalidad infantil nacional (TMI) de 2021 fue de 8,68, lo que refleja que por cada mil nacimientos ocurrieron casi 9 fallecimientos de menores de un año. Estos datos evidencian un aumento de 10,4 % al compararla con las cifras del 2020 (7,86 por mil); en datos absolutos representan de enero a diciembre del 2021, 54 288 nacimientos y 471 muertes infantiles, 3 868 nacimientos menos y 14 muertes infantiles más que 2020, lo que equivale a una muerte más en 2021 por cada mil nacimientos a nivel país. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2022).

Estos mismos datos del INEC, establecen que las principales causas corresponden a las “Afecciones originadas en el periodo perinatal”, ya que representan el 49,7 % de estas defunciones, el mayor peso relativo dentro de este grupo corresponde a las defunciones cuya causa básica de muerte es “Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido”. El 87,9 % de las defunciones infantiles se concentra en dos grupos: “Afecciones originadas en el periodo perinatal” y “Malformaciones congénitas”. El primero presenta una disminución de 3,0 % en su aporte relativo al total de defunciones infantiles, con respecto a 2020, ya que pasó de representar 51,2 %, en 2020 a 49,7 % en 2021. Por su parte, el segundo grupo presenta un aumento de 5,2 %, cuya representación pasa de 36,3 % a 38,2 %. En el caso del cantón de Cañas, en el quinquenio 2015-2019, los Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, representaron el 25% del total de las



defunciones infantiles, lo que tiene relación con los datos oficiales a nivel nacional. (INEC, 2022)
(Anexo 2)

Dentro del sistema de categorías de la CIE-10, los Trastornos Respiratorios Específicos del Periodo Perinatal comprenden dos grupos de eventos que son: el Síndrome de Aspiración Neonatal y los Otros Problemas Respiratorios del Recién Nacido Originados en el Periodo Perinatal. Son variados los eventos que se incluyen dentro de esta clasificación a saber: la aspiración neonatal de meconio, de líquido amniótico, de moco, de sangre o de leche regurgitada; la neumonía por aspiración de cualquiera de estos fluidos, además, la ausencia primaria de expansión de las unidades respiratorias terminales, la hipoplasia pulmonar asociada con la duración corta de la gestación, la inmadurez pulmonar, las apneas del recién nacido y la insuficiencia respiratoria del recién nacido. (CIE-10, 1992, cap. XVI)

El embarazo en sí constituye una situación que modifica la fisiología de distintos órganos y sistemas. Retomando el Diagrama Causa-Efecto, la aparición de enfermedades concomitantes o la presencia de estas previa a la gestación suponen factores que pueden favorecer la presencia de complicaciones no solo en la mujer embarazada sino también en el producto intraútero o a partir del nacimiento. En este mismo sentido, el paso de la vida intrauterina a la extrauterina implica determinados cambios fisiológicos complejos al nacer, necesarios para poder sobrevivir al aplicar mecanismos de maduración de órganos y sistemas fuera del útero materno. Estas modificaciones o adaptaciones son dinámicas y son definidas como una etapa de mayor vulnerabilidad en la vida del ser humano. Cuando se presentan fallas en estas adaptaciones fisiológicas, se desencadenan problemas graves que, aunados a condiciones de riesgo preexistentes como la Diabetes gestacional y la Hipertensión inducida por el embarazo, potencian los riesgos que de no resolverse



oportunamente conllevan la muerte en esta primera etapa de la vida. (Roche M et al., 2009, p.122-133)

Castro-López et al., 2007, afirma que la mortalidad asociada a los trastornos respiratorios perinatales es una de las principales causas de muerte en los primeros días de vida de los recién nacidos. Estas muertes pueden ser el resultado de la insuficiencia respiratoria grave, la falta de madurez pulmonar o la presencia de enfermedades pulmonares derivados de factores de riesgo asociados con una mayor probabilidad de muerte como la prematurez, el bajo peso al nacer, las infecciones maternas durante el embarazo y complicaciones durante el parto principalmente cuando la madre es sometidas a cesárea ya que este procedimiento se convierte en factor de riesgo en la actividad respiratoria del RN. Los anteriores pertenecen a los determinantes principalmente biológicos, identificados en el análisis con los expertos por medio del Diagrama Causa-Efecto. (Anexo 8)

Todas estas condiciones suponen que la red de servicios de salud se articule de manera efectiva para lograr atender las necesidades desde la preconcepción y la gestación para prevenir y/o tratar las condiciones de riesgo; y en el posparto y seguimiento del desarrollo del recién nacido para la atención de la población sobreviviente a este tipo de eventos.

Volviendo al Diagrama mencionado, los factores sociales, económicos y conductuales también significan un peso importante en la ocurrencia de las muertes infantiles, estableciendo una relación multicausal de estos factores junto con los de origen biológico. Forero D, Torres L y Rodríguez L, 2019, analizan el comportamiento de la morbimortalidad materno infantil en Colombia para tratar de establecer líneas de prevención; la discusión planteada fácilmente se puede extrapolar a los demás países de Latinoamérica, como, por ejemplo, el nuestro. De este análisis se desprenden



aspectos importantes de esta multicausalidad. Mencionan que “para fines de prevención, los riesgos tienen diferentes características e incidencias en la salud: si se trata del riesgo de mortalidad, un mayor énfasis debe ponerse en las etapas de gestación y durante el primer año de vida.” Agregan que “los aspectos del desarrollo biológico como la nutrición intrauterina, la nutrición en la infancia, las deficiencias de yodo, otros aspectos nutricionales en el embarazo y la infancia, así como la exposición a infecciones y a otras amenazas ambientales como el consumo de tabaco, junto con aspectos del desarrollo psicosocial como el desarrollo de la cognición, las funciones sensorio motrices, el lenguaje y el desarrollo socioemocional, ocurridos en la primera infancia, son predictores de bajo desempeño escolar y de desajuste en etapas posteriores como la adolescencia; lo que a su vez va a incidir en las posibilidades que va a tener esa persona para desenvolverse y aportar socialmente en su etapa de adultez.

Las condiciones y modos de vida están determinados por los contextos sociales y culturales que moldean y/o restringen el estilo de vida; en este caso en particular la educación, el empleo, el acceso a servicios, las políticas públicas, constituyen también factores que a lo largo de la vida van a influir en la mortalidad infantil. Es así como para efectos de explicar las causas de la mortalidad infantil, es importante tener en cuenta que existen circunstancias personales que se suman a lo largo del desarrollo físico que pueden convertirse en obstáculos para el normal desenvolvimiento cognitivo, emocional y/o social de las personas que viven en ambientes de pobreza cultural y/o material. Los niños nacidos en familias con estas características no encontrarán las mismas oportunidades de desarrollo personal, escolar y laboral, convirtiéndose en un ciclo que hay que romper; siendo esto lo que se ha conocido como deprivación sociocultural. La literatura menciona múltiples factores que afectan esta deprivación y van desde las condiciones de salud en el embarazo



y el desarrollo del feto, circunstancias del parto, prematuridad, clases sociales bajas, nivel cultural limitado de las familias, tipo de ocupación, nivel socioeconómico, limitación en el acceso a servicios básicos, entre otros. (Temas para la educación (2009, noviembre). Revista digital para profesionales de la enseñanza, p.1)

Partiendo de este análisis, se puede tener una visión más clara de los factores de riesgo que inciden en la causa de mortalidad para el grupo de edad de Menores de 1 año: los Trastornos Respiratorios específicos del Periodo Perinatal, que significan la afectación más importante para esta población y las familias alrededor que se ven directamente afectadas. Las consecuencias a nivel individual, familiar, en el sistema de salud por el gasto en la atención, no se deben de subestimar.

Se identificaron y priorizaron las causas raíz mediante un análisis con el grupo de expertos de la Comisión Local de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materno Infantil en el taller respectivo y utilizando los recursos metodológicos recomendados para tal fin. Una vez sometidas las causas raíz a la calificación por medio de la Plantilla Pareto quedaron priorizadas las siguientes:

1. Prematuridad
2. Frecuente deficiencia de atención de la embarazada en el II nivel de atención
3. Falta de articulación de red de servicios entre los niveles de atención de salud
4. Deprivación cultural de las familias gestantes
5. Poco aprovechamiento de la oferta de servicios del Área de Salud (especialidades)

Las causas secundarias y terciarias de este problema se toman en cuenta a continuación para establecer las líneas de acción que desde el nivel local se pueden implementar mediante articulación coordinada que conlleven a fortalecer los factores protectores y corregir o mitigar los factores de



riesgo. Estas acciones se consideran básicas y se orientan hacia la promoción del cuidado prenatal de calidad para la identificación temprana de factores de riesgo, el monitoreo adecuado de la salud materna y fetal, y la implementación de intervenciones de capacitación en el personal de salud.

Desempleo.

Los datos oficiales más recientes sobre empleo en Costa Rica muestran una tasa de desempleo de 9,6% producto de las personas que carecen de trabajo y siguen buscando de manera activa, mientras que el comparativo con el año anterior muestra también una contracción de la fuerza laboral del país, incluida población joven.

Dentro de esta estadística es importante recalcar que la población joven se ve más afectada, dada la falta de experiencia laboral y la falta de oportunidades para generar un currículum, por lo que se generan los llamados “NINI”.

En un mundo que avanza a la velocidad de la cuarta revolución industrial, donde la tecnología digital promete un futuro disruptivo en lo social y en lo económico; la región se encuentra con un desafío urgente que si no se atiende con premura puede limitar su capacidad para generar prosperidad. Este desafío es el creciente porcentaje de jóvenes que no tienen empleo, educación o capacitación, conocidos como el grupo NINI.

En términos del bienestar las personas en la categoría de NINI a menudo enfrentan problemas de salud mental y física debido al desempleo y la falta de compromiso educativo. También, socialmente, se magnifica el malestar social; pues los altos niveles de frustración y



desilusión generalizadas fomentan sentimientos de marginación, potenciando el riesgo de inestabilidad social.

Pero a pesar del escenario sombrío, la buena noticia es que no es un desafío insuperable, no obstante, se requieren políticas integrales que abarquen la educación, el empleo, la protección social y, sobre todo la inclusión. Abordando los distintos desafíos y barreras que enfrentan las mujeres, y otros grupos marginados que a menudo forman una gran parte de la población NINI.

En este apartado es importante recalcar que muchas personas desempleadas, son adultos jóvenes, solteros que están en un estado paternalista ya que en su mayoría viven en casa de sus progenitores, y son mantenidos por estos, además, son socialmente activos para distracciones nocturnas, y en su mayoría se suma otro factor importante que es que mantienen una relación de pareja activa, por lo que los padres están sujetos no solo a darle manutención a los hijos, sino que también a sus parejas.

Montero y Torres (2005) señalan que el desempleo es voluntario, debido a que las personas rechazan trabajar con sueldos disminuidos, por lo que se transfiere la responsabilidad al individuo (a) si opta por emplearse o no, bajo condiciones salariales precarizadas.

Según la cita anterior el desempleo se resume a una situación en la que se encuentran las personas que, teniendo edad, capacidad y deseo de trabajar no pueden conseguir un puesto de trabajo viéndose sometidos a una situación de desocupación forzosa, llegando encontrarse el desempleo, es una situación que desmejora la calidad de vida, esta situación disminuye los ingresos, el nivel educativo, la recreación y el deporte, la expectativa de vida, el estado Psicológico, entre otros factores.



Es importante recalcar que dentro del tema del desempleo nacen diferentes problemas de salud mental, como lo es la depresión, la distimia, trastornos mentales, intentos de suicidio, entre otras.

Garrido (2009) puntualiza que las investigaciones actuales llevan a la permanente constatación que las personas desempleadas presentan menores niveles de bienestar psicológico, mayor grado de sentimientos depresivos y ansiedad, así como menor autoestima y satisfacción con la vida. Este autor muestra que con la prolongación del desempleo aumenta el deterioro de la salud mental, así como características personales como un alto nivel de autoestima y bajo nivel de inestabilidad mental, aspectos que protegen al individuo del estrés que puede producir. El desempleo, afecta distintas dimensiones de la vida social y familiar e incluso la salud mental de quienes lo viven

El Instituto Nacional de Estadística y Censo (2023) presenta el resumen de resultados de la Encuesta Continua de Empleo, correspondiente al trimestre móvil de diciembre 2022, enero y febrero 2023.

Población desempleada: La población desempleada del trimestre se estimó en 264 mil personas, de estas 130 mil eran hombres y 134 mil mujeres. En forma interanual, la población desempleada disminuyó en 59 mil personas, en el caso de las mujeres disminuyó en 38 mil personas. El cambio interanual en la población nacional y en las mujeres desempleadas presentó variación significativa con respecto al mismo período del año anterior.



Tasa de desempleo: La tasa de desempleo nacional fue de 11,0%, la tasa masculina se estimó en 8,9% y la femenina en 14,1%. Al compararlas con el mismo trimestre del año anterior, la tasa de desempleo nacional se redujo en 2,3 p.p.; la tasa de desempleo tuvo una disminución de 1,5 p.p. en hombres y 3,5 p.p. en mujeres. La estimación presentó variación significativa tanto nacional como en hombres y mujeres. Para la población juvenil, personas entre 15 y 24 años, la tasa de desempleo ha tendido a disminuir pasando del 35% a 28% en el trimestre analizado.

Fuerza de trabajo: En términos absolutos, la población en la fuerza de trabajo nacional fue de 2,41 millones de personas, de las cuales, 1,45 millones eran hombres y 953 mil eran mujeres. La estimación se mantuvo sin variación significativa tanto nacional como en hombres y mujeres.

Población ocupada: La población ocupada nacional fue de 2,14 millones de personas, compuesta por 1,32 millones de hombres y 819 mil mujeres. Este indicador tanto a nivel nacional como por sexo no presentó variación estadísticamente significativa.

Con relación a la situación laboral específica del cantón de Cañas, la tasa bruta de ocupación del 35.1%, 21.6% mujeres y 49.0% hombres. La relación Empleo-Población es de un 52%, siendo un 32.2% mujeres y un 74.6% hombres. La proporción de la población que trabaja en lo propio o en un negocio familiar es de un 17.9 % para un 15.3% mujeres y un 19.15% hombres y un desempleo abierto del 3.2%, un 1.7% mujeres y un 3.9% hombres.



La tasa de desempleo para los jóvenes entre 15 y 24 años es de un 5,7, para un 4.3% mujeres y un 6.2% hombres y la tasa neta de ocupación es de un 44,6 % distribuidos en 2 27,2 mujeres y 62,9 hombres.

Debido a la crisis económica mundial que ha afectado a nuestro país en los últimos años, estos datos se han modificado en forma negativa, así se desprende el estudio del Índice de Pobreza Humana Cantonal IPHc/2013 donde indica que Cañas ocupa el lugar 58 de los 81 cantones (1 es la mejor posición relativa y 81 la peor), como se puede apreciar no se ocupa un lugar de privilegio.

El cantón de Cañas continúa teniendo un elevado déficit habitacional. La presión sobre la vivienda es evidente lo cual incide directamente en la calidad de vida de la población, pues genera altos índices de hacinamiento al tener que convivir más de una familia en viviendas no aptas para albergar a tantas personas. Eso además expone a la población a dificultades de convivencia y a una mayor vulnerabilidad para la transmisión de enfermedades a la permanencia juntos por muchas horas y a la mayor cercanía de contacto físico.

Algunas causas del desempleo en el cantón son: la crisis a nivel del país, los altos costos de alquiler en Cañas, las malas condiciones estructurales, falta de agua y energía; la burocracia, el desfasado plan regulador, las bajas capacidades intelectuales, el alto costo para emprender pequeñas empresas, la alta competencia con Liberia y las instituciones no colaboran, no existe una articulación institucional.

En el cantón de Cañas se realiza a nivel institucional un Análisis de la Situación Integral en Salud (ASIS), conformado por los principales actores sociales del cantón, donde en primera instancia se



desarrolló la problemática del desempleo en el cantón, evidenciando “*causas raíz*” en diferentes niveles, arrojando un Pareto de desempleo cinco problemáticas más relevantes en el cantón:

Según factor **Sociopolítico**, el Pareto arrojó la siguiente causa raíz como más importante en el cantón de Cañas:

- **No existe una eficiente recaudación de impuestos:** Debido al exceso de trámites en el momento de formalizar un permiso, patente o solicitud municipal, se da una falta de fiscalización de cumplimiento de pago de impuestos, por parte del gobierno local, debido a esto arraiga una falta de recursos económicos para distribuir equitativamente para todos los distritos del cantón.

Es importante mencionar que esta problemática se permea gracias a la falta de empleo en el cantón, muchas familias no priorizan el pago de impuestos como importante ante la falta de dinero en los hogares, conllevando al atraso en los pagos de impuestos.

Según factor **Circunstancias materiales**, el Pareto arrojó la siguiente causa raíz como más importante en el cantón de Cañas:

- **Baja oferta de empleo:** En el cantón de Cañas, existe una gran brecha entre las personas desempleadas y la falta de puestos laborales y bien remunerados, en este cantón hace falta más inversión por parte de empresas del gobierno o del sector privado, no hay lugares donde buscar un trabajo digno, las personas que han logrado estudiar y ser profesionales, tienen que migrar a la ciudad capital.

Según la Estrategia Integral de Prevención para la Seguridad Pública (F.P., 2019), la falta de compromiso por parte de los ciudadanos en temas de emprendimiento, muchas personas



empiezan en algún curso que los impulsa a la reinserción al ámbito laboral y en determinado momento dejan todo botado y no vuelven, eso también es falta de cultura por parte de las personas. Otra de las causas que afectan a las personas para encontrar empleo es que algunos han dejado de estudiar, no tienen interés en volver a reintegrarse para profesionalizarse.

Según factor **Comportamiento** el Pareto arrojó la siguiente causa raíz como más importante en el cantón de Cañas:

- **Falta de involucramiento social:** En este nivel se logra desprender una serie de comportamientos negativos hacia el involucramiento social, las personas se muestran apáticas ante la idea de participar por el bien de la comunidad.

A nivel comercial, en el cantón no hay compromiso en los emprendimientos, en casos los emprendimientos son utilizados para obtener ayudas del IMAS, falta de educación de los habitantes (no ven importante incorporarse a ningún sistema educativo), la falta de ambición, tráfico de influencias a la hora de seleccionar las ADIS, no se trabaja por el bien de la comunidad.

Según factor **Servicios de Salud** el Pareto arrojó la siguiente causa raíz como más importante en el cantón:

Ausencia de grupos organizados que promuevan la salud integral en las comunidades:

Hoy en día no existe interés por el bien común de la comunidad, hay gran falta de liderazgo en el cantón, nadie puede o quiere asumir responsabilidades, y esto contribuye al desempleo, falta de cooperación de los vecinos y alrededores, y al desánimo de los ciudadanos, es importante



mencionar que en temas de salud integral son los adultos mayores los más afectados, dado que hoy en día el sistema salud está muy estandarizado a la tecnología por lo que existe un declive para esta parte de la población.

La participación de diferentes actores en el segundo taller identifica estos factores y sus causas raíz, por lo que desprende factores protectores y líneas de acción para fortalecer en la erradicación del problema, así como los principales actores sociales que ayudarían a fortalecer dichos elementos de manera positiva.

Es importante recalcar que el desempleo y la salud mental son dos factores que se entrelazan, ya que la comunidad se ve afectada emocionalmente gracias a la gran falta de empleo que existe en el cantón de Cañas.

En diferentes escenarios se logra evidenciar como repercute la falta de empleo con la salud mental, como familias cuando carecen de dinero para subsanar las necesidades básicas de la familia, en muchas ocasiones entran en un estado de estrés, desesperación y hasta ansiedad, y toman decisiones no aptas ni legales, y da inicio u otros problemas sociales, como lo son, el narcotráfico, el consumo de drogas y otras sustancias, así como hurtos y crimen organizado.

En el mejor de los casos las personas se reinventan e inician las llamadas pymes, o bien realizan actividades que generan dinero como lo son ventas de comida, ventas ambulantes, ventas por catálogo, las llamadas “*chambas*”, que son llamados de trabajo ocasional en construcción o bien en fincas cercanas al casco urbano, hay que tomar en cuenta que para algunas de estas actividades se cae en la burocracia de pedir permisos municipales, patentes y demás, y muchas veces dado el alto costo administrativo las personas deciden no continuar con su emprendimiento.



Esta situación genera nuevamente las actividades económicas ilegales, no quiere decir que se justifique esta acción, pero si se llama a concientizar a la población y a los gobiernos centrales y locales a focalizar y revisar la lista y costo de requisitos para iniciar un nuevo emprendimiento.

De este factor, también se desprende la población que tiene una profesión, estudios universitarios completos, pero no existen fuentes laborales, o bien los requisitos que solicitan los puestos de empleo son muy difíciles de cumplir, y caen en empleos en otra área y muy mal pagados, se da la frustración donde repercute emocionalmente en las personas.

Enfermedades cardiovasculares.

Según datos de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades no transmisibles (ENT) causan la muerte a 41 millones de personas cada año, 71% del total de fallecimientos a nivel mundial (OPS 2021). En consecuencia, las enfermedades cardiovasculares (ECV) causan la muerte de más de 17,9 millones de personas cada año a nivel mundial, un 32% del total de fallecimientos a nivel mundial (Alfaro et al. 2020, Alvarado et al. 2020, Hershson 2021, OPS 2021, Sánchez 2020, TTHI s. f.).

Además, se estima que la tendencia es mayor en países en vía de desarrollo, según la Organización Panamericana de Salud 5,5 millones de los fallecimientos al año son causados por ENT en la región, más de tres cuartas partes de las muertes a nivel mundial (Alfaro et al. 2020, Hershson 2021, OPS 2021).

Subsecuentemente, en Costa Rica los fallecimientos causados por las enfermedades cardiovasculares presentan una tenencia al aumento desde el año 1995, por ejemplo, en el 2019 se



reportaron 265 muertes asociadas a hipertensión arterial y en el 2020 se reportaron 336 defunciones, un incremento del 26% (Alvarado et al. 2020, Ministerio de Salud 2021).

También, en Costa Rica la tasa de mortalidad se distribuye en todo el país, con un mayor predominio en las provincias de Guanacaste, San José y Heredia, siendo la enfermedad isquémica de corazón y la enfermedad cerebrovascular las dos categorías más frecuentes (Alvarado et al. 2020). Asimismo, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en Costa Rica de las 11 550 muertes reportadas en el primer semestre del 2020, 573 fueron causadas por infarto agudo de miocardio y más de 1 280 a enfermedades vinculadas al corazón y cerebrovasculares (Sánchez 2020).

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, según la OMS se pueden clasificar en hipertensión arterial (presión alta), cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías (Alfaro et al. 2020).

Retomando el Diagrama de Causa – Efecto para enfermedades cardiovasculares (Anexo 8), se observa la relación multicausal entre los determinantes que inciden sobre el evento en salud analizado. El estado de salud de la población es resultado de una amplia gama de condiciones sociales, políticas y económicas, situación que plantea importantes retos para la economía, el sistema de salud y otros sectores de la sociedad que deben adoptar medidas conjuntas a fin de disminuir los factores de riesgo asociados al evento. Se observa en el diagrama que los factores de riesgo, en gran medida responden a determinantes comportamiento, servicios de salud y factores biológicos. Por esta razón, las enfermedades cardiovasculares requieren de sectores como



Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Seguridad – Fuerza Pública, Instituto Alcoholismo y Fármaco Dependencia, Patronato Nacional de la Infancia, Caja Costarricense de Seguro Social, Municipalidad, Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad, Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación, Instituto Mixto de Ayuda Social, Concejo de Salud de Ocupacional, desempeñen acciones que ayuden a establecer entornos y alternativas saludables.

Para el cantón de Cañas, un grupo de expertos identificó y priorizó las siguientes causas raíz de las enfermedades cardiovasculares: 1) Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas (determinante comportamiento), 2) Dificultad de acceso a servicios de salud (tecnológico y geográfico) (determinante servicios de salud), 3) Afectación por factores fisiológicos secundarios a enfermedades crónicas (determinante de factores biológicos), 4) Personas con estilos de vida no saludables (determinante de comportamiento), 5) Captación tardía de personas con padecimientos cardiovasculares (determinante servicios de salud).

Por consiguiente, para la causa raíz afectación por factores fisiológicos secundarios a enfermedades crónicas que corresponde al determinante de factores biológicos, es producto del aumento de las enfermedades crónicas y de estilos de vida no saludables, ante una falta de adopción de estilos de vida saludables que prevengan la aparición de enfermedades crónicas o contrarresten los efectos de estas. Por ende, son ejemplos de factores de riesgo cardiovascular modificables la hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial y obesidad (Alvarado et al. 2020, Alfaro et al. 2020, Fundación mayo para la educación y la investigación médicas s. f., TTHI s. f.). Según, la Revista costarricense salud pública (Alvarado et al. 2020), en Costa Rica los enfermos crónicos sólo se alarman por su salud cuando presentan alguna sintomatología que afecte de forma significativa



su cotidianidad, no obstante, la prevención de enfermedades cardiovasculares presenta síntomas en estadios muy avanzados, lo que conlleva que su prevención sea relegada.

Cabe mencionar, según datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, para el año 2021 se notificaron 19 507 nuevos casos con hipertensión arterial, un promedio de 53 personas diagnosticadas diariamente (Ministerio de Salud 2021).

Luego, para la causa raíz consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas que corresponde al determinante de comportamiento, es producto de un inicio temprano de consumo por presión social-cultural y de una mayor disponibilidad de sustancias ilícitas. Por ejemplo, el exceso de consumo de alcohol genera hipertensión, accidentes cerebrovasculares, latidos irregulares y cardiomiopatía, y el tabaquismo aumenta la frecuencia cardíaca, endurece las grandes arterias, eleva la presión arterial y puede generar irregularidades del ritmo cardíaco, sumado a la presencia de sustancias químicas como nicotina, alquitrán y el monóxido de carbono que deterioran, esfuerzan y desgastan al corazón, siendo más propensos de sufrir ataques cardíacos las personas fumadoras (Alvarado et al. 2020, Alfaro et al. 2020, Fundación mayo para la educación y la investigación médicas s. f., TTHI s. f.).

Conjuntamente, para la causa raíz personas con estilos de vida no saludables que corresponden al determinante de comportamiento, se genera por la mala alimentación ante la ingesta de alimentos con alto consumo de grasas, carbohidratos, sal; además por personas con hábitos de sedentarismo ante la falta de interés, poca organización y promoción de actividad física en diferentes espacios, y ante la presencia de altos niveles de estrés producto de una alta carga de compromisos, responsabilidades, preocupaciones. Según estudios, un estilo de vida sedentario beneficia al depósito graso al inexistir un adecuado balance entre ingesta y gasto energético, dado



a que al realizar ejercicio se queman calorías, se controla los niveles de colesterol y la diabetes, fortalece el músculo cardíaco, hace más flexibles las arterias y favorece la disminución de presión arterial (Alvarado et al. 2020, Fundación mayo para la educación y la investigación médicas s. f., TTHI s. f.). Además, las dietas con alto contenido de grasas, sal, azúcar y colesterol propician enfermedades cardiovasculares (Fundación mayo para la educación y la investigación médicas s. f.). Asimismo, el estrés aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial demandando mayor cantidad de oxígeno del corazón, también produce que el sistema nervioso dispense más hormonas (adrenalina) que elevan la presión arterial, de igual forma eleva la concentración de factores de coagulación en sangre (coágulos) (Fundación mayo para la educación y la investigación médicas s. f., TTHI s. f.).

Seguidamente, para las causas raíz dificultad de acceso a servicios de salud (tecnológico y geográfico) y captación tardía de personas con padecimientos cardiovasculares, que corresponden al determinante de servicios de salud. La primera se produce porque las personas no obtienen cupo para citas médicas en los servicios de salud ante una saturación de servicios de salud por cupos limitados, y por la presencia de población adulta mayor con limitación de recursos para acceder al sistema de citas del EDUS ante acceso limitado a internet o dispositivos electrónicos. La segunda se genera porque un sector de población reside en zonas rurales dispersas geográficamente ante servicios de transporte públicos con horarios escasos, reducidos o en algunas localidades ausentes, y porque una población adulta mayor tiene dificultad para acceder a la tecnología.

Adicionalmente, según la Revista costarricense de salud pública, el abordaje de las enfermedades no transmisibles por parte de las diferentes instituciones de salud genera que sea prioritario la atención de las enfermedades cardiovasculares, instaurando lineamientos y programas



de cobertura para la prevención y la detección temprana, no obstante, los mismos no se implementan de forma eficaz y completa, debido a entre otras razones, a que se encuentran segregados en diferentes estatutos tanto de la Caja Costarricense de Seguro Social como del Ministerio de Salud y otras instancias (Alvarado et al. 2020).

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

Accidentes de Tránsito.

De acuerdo con los datos oficiales publicados en las páginas web del INEC y COSEVI, en Costa Rica la longitud de la red vial cantonal suma los 35085.8 km más 7774.7 km de vías denominadas nacionales. Por otro lado, durante el 2021 se contabilizaban 2631200 vehículos inscritos, lo cual equivale a un índice de motorización inscritos de 50.96 por cada 100 habitantes. (Consejo de Seguridad Vial, 2023)

El COSEVI reporta durante el 2020 un total de 52277 accidentes de tránsito, cifra que aumenta para el 2021 a 60606, lo que significa un aumento del 15.9 % de un año al otro. Proporcionalmente al comparar estos mismos dos años, las cifras de heridos leves, las de con al menos un muerto y/o herido grave y las de accidentes con daños materiales también aumentaron en 19.8%, 21% y 14.7% respectivamente. (COSEVI, 2023)

Al referirnos a las víctimas de accidentes de tránsito que resultaron heridas o fallecidas, los datos de la página de COSEVI indican un total de 14984 víctimas en el 2020 y 18175 en el 2021, para un aumento del 21.3% de un año al otro. Es en este escenario donde a nivel nacional ocurrieron durante el 2021 un total de 373 muertes en sitio y 729 muertes totales debidas a accidentes de



tránsito, lo que equivale a tasas de 7.22 y 14.08 por 100 mil habitantes respectivamente. (COSEVI, 2023)

Las tasas de mortalidad específicas más alta por cada 100 mil habitantes en el periodo 2012-2020, corresponde al grupo de mayores de 65 años (16.11), seguido del grupo de edad de 15 a 64 años, con una tasa de 14.02 y el tercer lugar se ubican los menores de 0 a 14 años (1.62). (COSEVI, 2022, p.16)

En el cantón de Cañas, a nivel general, de las 804 muertes ocurridas en el quinquenio 2015-2019, el 5.35% (43) fueron por causa de los Accidentes de tránsito, ocupando este evento el primer lugar de causas de fallecimiento para los grupos de edad de 1 a 9 años y de 10 a 19 años; y el tercer lugar en el grupo de 20 a 64 años.

Las estadísticas relacionadas a la problemática de accidentes de tránsito a nivel cantonal, es un reflejo de la situación a nivel nacional y no solamente a nivel de la pérdida de vidas, sino también el drama familiar que suscita una muerte repentina por esta causa, y las secuelas graves y permanentes para los niños, adolescentes y adultos que sobreviven a un accidente de tránsito; sobre todo porque la coincidencia de la bibliografía consultada apunta a que los accidentes, en su mayoría, se pueden prevenir.

Granados-Fonseca E y Ovares-Sanabria R (2021), señalan que los accidentes de tránsito se han constituido como uno de los principales problemas que afectan a la niñez costarricense.

Retomando el Diagrama Causa-Efecto, la causalidad de la problemática de los Accidentes de Tránsito abarca múltiples factores condicionantes que van desde el estado de mantenimiento del vehículo, hasta los derivados específicamente del conductor, y, sobre todo, a nivel de determinantes de comportamiento. En lo que respecta a conductas del comportamiento éstos se traducen en



decisiones como, por ejemplo: conducir a exceso de velocidad o bajo la influencia del consumo de alcohol, la imprudencia de los peatones al transitar por las vías, el adelantamiento indebido en que incurren los conductores, la imprudencia del conductor o ciclista al transitar, y las fallas mecánicas por inadecuado mantenimiento de los vehículos en general. Otros determinantes que se han vinculado con la accidentabilidad vial son “la condición emocional y física de los usuarios de las vías y la presencia de distractores, la poca visibilidad en las carreteras, y a las malas condiciones de las vías, en las que intervienen la mala iluminación, el ancho de carriles, la ausencia de espaldones, la mala señalización, y las condiciones climáticas de la zona”. (Villalobos-Parra L y Hernández-Gómez R, 2008, p. 5-7)

Hay otros condicionantes identificados por COSEVI y analizados igualmente con los expertos, que aunque en menor grado a los anteriores, generan situaciones que pueden contribuir a que se presenten accidentes de tránsito y que tienen que ver con técnicas especializadas de ingeniería vial, como por ejemplo la colocación de barandas, que se convierten en obstáculos que incrementan la severidad del accidentes; la señalización, muchas de ellas con indicaciones sencillas y de bajo costo que pueden prevenir accidentes como: ir más despacio, peligro, altos, entre otros; así como que la calidad de la rotulación existente pierden con el tiempo calidad de reflexión que puedan tener en las noches.

Teniendo claro este panorama causal, es importante valorar que, en el caso de la población menor de edad, por su vulnerabilidad y dependencia, este tipo de accidentes tienen relación directa con el descuido de parte de los adultos cuidadores. COSEVI así lo hace ver en sus estadísticas al asegurar que, en los accidentes con personas menores de 14 años lesionadas gravemente, la mayor proporción de casos corresponde a los peatones como usuario más vulnerable, seguido de los



ocupantes de vehículo, mientras que este resultado cambia en el caso de los lesionados leves, donde los ocupantes de vehículo muestran la mayor afectación. (2022, p. 56)

En concordancia con el Diagrama Causa-Efecto generado por los expertos, tanto el HNN como el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), han logrado documentar en los últimos años que este descuido o negligencia es la principal forma de violencia que afecta a la niñez costarricense donde el peso de las dimensiones de Comportamiento y Circunstancias materiales de vida cobran sentido. Granados-Fonseca E y Ovares-Sanabria R (2021), describen esta negligencia en el tanto que la velocidad, la falta de uso o uso inadecuado de dispositivos de seguridad (sillas o cascos), los vehículos en retroceso, los traslados en motocicletas y bicicletas, las caídas, las colisiones, el consumo de licor u otras sustancias y los atropellos a los niños como peatones en vía pública, se convierten en “una manifestación de la violencia social que debe ser visualizada como un problema de salud pública que tiene consecuencias para los sistemas de salud, la sociedad en general y la calidad de vida de las personas menores de edad”. (Citado por Granados-Fonseca E y Ovares-Sanabria R (2021) p.3)

Un ejemplo del descuido o negligencia lo documenta COSEVI, cuando en su análisis sobre el uso de dispositivos de retención infantil en los vehículos, describe que el porcentaje de su uso para el 2018 rondaba el 57%, mientras que en la medición realizada en 2021 se identificó una reducción en el uso con alrededor del 31%. (2022, p.57) En este mismo sentido, las motocicletas como medio para transportar menores de edad a los centros educativos fueron utilizadas en un 14% y de éstos, solamente el 25% utilizaba casco y un 7.87% banda o chaleco reflectivo. Aunque parece un porcentaje bajo de uso de la motocicleta, no se debe subestimar la importancia debido a su mayor



vulnerabilidad física y la exposición por utilizar este tipo de vehículo ante un eventual accidente de tránsito. (2022, p. 60)

En esta misma línea, COSEVI expone que, como hallazgos importantes sobre el uso de cinturón de seguridad y uso del celular al conducir, se notó “en el caso del uso general de cinturón de seguridad (considerando todos los ocupantes del carro), que ha experimentado una baja sostenida desde el 2016, variando de 77% aproximadamente a valores cercanos al 65% para el 2020. En el caso del uso de celular por parte del conductor del vehículo, por el contrario, se evidenció un incremento entre el 2018 y 2020 cercano al 3%”. (2022, p. 41) En el caso de motocicletas, el uso del casco y bandas o chaleco reflectivos como elementos protectores se ha mantenido alto con el paso de los años.

Estas conductas negligentes por parte de los adultos cuidadores de personas menores de edad conllevan al mayor riesgo de que esta población se vea expuesta a accidentes de tránsito y por ende a las lesiones o afectaciones directas en la salud física y emocional, y en el peor de los escenarios, a una muerte temprana. Las secuelas a las que se expone a una persona menor de edad son variadas, y pueden ir desde diversas discapacidades físicas hasta afectaciones producto de trauma emocional o psicológico, puesto que “las víctimas de sucesos traumáticos pueden sufrir un estrés severo que puede dar lugar a un conjunto de síntomas disociativos y ansioso-depresivos. El trauma puede interferir negativamente en la calidad de vida de la persona” (Echeburúa y Corral, 2007, p.373). Según los autores “El alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso, el carácter inesperado del acontecimiento y el daño físico o grado de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima” (p. 375). Por lo anterior, un niño que haya sufrido un politrauma por accidentes de tránsito, va a requerir de una atención no solo clínica, sino integral, holística e



interdisciplinaria por un no corto periodo de tiempo ya que no solo tendrá afectación de su salud física sino también de su salud mental, situaciones que desde la Dimensión de Servicios de Salud deben ser abordadas.

Los Accidentes de Tránsito se ubican como una de las principales causas de mortalidad para el grupo de edad de 1 a 9 años (niños) y de 10 a 19 años (adolescentes), poblaciones que se ven altamente afectadas directamente, y con consecuencias importantes para el sistema de salud por el gasto de atención, rehabilitación y para el sistema de protección social.

Teniendo este panorama de la problemática de los Accidentes de Tránsito, las causas raíz que serán tomadas en cuenta por prioritarias, para establecer las Líneas de acción son:

1. Conductas agresivas o temerarias al conducir (determinante de comportamiento)
2. Debilidad en la aplicación de políticas de promoción de la educación vial (determinante sociopolítico)
3. No uso de dispositivos de seguridad (determinante de comportamiento)
4. Irrespeto a las normas y señales de tránsito (determinante de comportamiento)
5. Proliferación de medios de transporte no regulados (factores socioeconómicos)

Todas estas causas o factores de riesgo para la problemática en análisis se consideran modificables mediante acciones coordinadas e intersectoriales, que permitan un esfuerzo mancomunado para su abordaje.



Insuficiencia Renal

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se ha convertido en un problema de Salud Pública para toda la población costarricense por sus grandes implicaciones en la morbilidad y mortalidad asociadas, incluye la forma tradicional multicausal que en su mayoría se atribuye a las enfermedades crónicas no transmisibles y al nuevo concepto denominado Nefropatía Mesoamericana. (Ministerio de Salud, 2019)

La insuficiencia renal crónica se define como la disminución de la función renal, establecida por un filtrado glomerular (FG) estimado (FGe) inferior a 60 ml/min/1,73 m² y/o la existencia de daño renal, durante al menos tres meses de duración, independientemente de la causa subyacente. La lesión renal engloba una alteración histológica en la biopsia renal, la presencia de albuminuria (cociente albúmina/creatinina (CAC) ≥ 30 mg/g), sedimento urinario anormal (Pendon de Mierv, 2019) y la Nefropatía Mesoamérica es una enfermedad renal crónica endémica regional de causa no conocida en los habitantes de la región centroamericana, principalmente en jóvenes trabajadores agrícolas y expuestos al estrés térmico.

La OPS calcula que entre 1997 y 2013, la enfermedad renal causó en Centroamérica más de 60 000 muertes, de las que 41% ocurrieron en personas menores de 60 años. Las tasas de mortalidad por causa renal "N18: insuficiencia renal crónica" según la codificación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10), son mucho más altas para hombres y mujeres en diversos países de Centroamérica respecto del resto de la región, asimismo hay una mortalidad desproporcionada en hombres respecto de las mujeres, (Orduñez, 2014).



En Costa Rica la ERC se presenta en todo el país por lo cual se definió la notificación de esta enfermedad en el Decreto 40556-S Reglamento de Vigilancia de la Salud, con el fin mejorar los registros de forma que vayan más allá de los que requieren hospitalización para tener un panorama real de la situación. (La Gaceta, 2017)

La zona con mayor reporte de casos notificados en Costa Rica se encuentra localizada en la provincia de Guanacaste al norte del país, en zonas predominantemente agrícolas, con bajo nivel de desarrollo socioeconómico, altas temperaturas y con altitudes inferiores a los 500 metros sobre el nivel del mar. (Ministerio de Salud, 2019)

En Cañas, la insuficiencia renal es un evento que aparece a partir de los 20 años entre las primeras causas de muerte, en el grupo de 20 a 64 años ocupa un segundo lugar con un 18% de los casos y a partir de los 65 años tiene un 11% de casos de muertes por esta causa, posicionándose en un tercer lugar. (Tabla 24)

Algunos de los factores de riesgo clínicos para la enfermedad renal crónica con la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, infecciones sistémicas, obesidad, tabaquismo, enfermedades autoinmunes, neoplasias. Los factores de riesgo sociodemográficos son la edad avanzada y la exposición a ciertos químicos y condiciones ambientales mientras que los factores de riesgo de la nefropatía mesoamericana son la edad de 20 a 60 años, bajo nivel socioeconómico, trabajar agrícola, exposición a estrés térmico, consume de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y la poca hidratación.

En el análisis con los actores sociales de las seis dimensiones hace referencia que a nivel sociopolítico las principales causas raíz fueron la falta de políticas de financiamiento para programas de promoción de la salud, la limitada participación de las Juntas de Salud en programas de



prevención de la enfermedad renal y la poca priorización de actividades de fiscalización del cumplimiento de protocolos de las empresas agropecuarias, ya que condiciones labores inadecuadas junto con la vulnerabilidad de las personas a exposición a estrés térmico, condiciones socioeconómicas desfavorables, estilos de vida no saludables, la falta de accesos a servicios de salud y un inadecuado control de enfermedades crónicas hacen que la insuficiencia renal sea un problema grave pero si en conjunto se abordan líneas de acción estratégicas se puede evitar repercusiones propias de ella.

Para los expertos las cinco principales causas raíz son la falta del fortalecimiento del componente de promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad por parte de los servicios de salud, condiciones laborales no adecuadas para la prevención de la enfermedad renal, población más vulnerable con nivel educativo bajo que genera inadecuada comprensión de la enfermedad y su tratamiento, afectación renal por factores secundarios asociados a enfermedades crónicas (DM, HTA, Obesidad, Enf Cardíaca), estilos de vida no saludables y las líneas de acción que se trabajaran en Cañas serán la prevención, la promoción y una estricta supervisión de las empresas para evitar aumento de la tasa de incidencia de los casos.



Inseguridad

Inseguridad ciudadana es un concepto amplio que puede generar una sensación de peligro, riesgo o incertidumbre en una persona o en un conjunto social, hace referencia al temor de sufrir posibles violaciones, asaltos, agresiones o secuestros como consecuencia del alto grado de delincuencia (Euroinnova,2022).

La inseguridad ciudadana en Costa Rica ha aumentado en los últimos años y la tasa de homicidios ha aumentado un 66% en la última década (Murillo, Á, 2023) y el Índice de Percepción de Seguridad bajó un 3,1% y se ubica 91,4, si se compara el 2022 con el 2019, de acuerdo con el último Informe realizado por el Instituto Costarricense de Turismo (ICT). (Madriz, A, 2023)

La falta de oportunidades de empleo y la pobreza son factores determinantes en los cantones del país que sufren un incremento sostenido en la tasa de homicidios (Álvarez, 2023) La crisis por inseguridad y violencia está creciendo cada vez más en el país, se encuentra en una condición crítica, y con ello surgen demandas de los costarricenses a los distintos poderes de la República para que se tomen medidas que ayuden a solventar esta problemática asumir responsabilidades y no tratar de evadirlas (Cavallini,2023).

En Costa Rica se ha visto una tendencia de narcomenudeo, el cual se enfoca más en la distribución de dosis de droga más pequeña, esto, aunado a la desocupación que existe, promueve que muchas personas decidan dedicarse a actividades ilícitas y adoptar diversos vicios, como el alcoholismo y la drogadicción. (Parra,2018) El desempleo y los vicios llevan a optar por los prestamos ilegales llamados gota a gota, con intereses que superan los máximos permitidos, aprovechándose del estado de pobreza y exigiendo garantías de carácter extorsivo, con lo que la víctima puede llegar a sufrir abusos por parte del prestamista como amenazas para el pago, esto ha



generado una ola de violencia, producto del crimen organizado junto con el narcotráfico, adicción y pobreza (Gómez,2023)

En la provincia de Guanacaste se han elevado las alarmas por las publicaciones de medios internacionales sobre el aumento de asesinatos ligados a las drogas, movimiento de bandas narco hacia Guanacaste, el sector turismo entró en alerta debido a que la actividad criminal se ha incrementado en muchos destinos turísticos que son visitados por extranjeros, según registros del Organismo de Investigación Judicial (OIJ), es de gran preocupación el tema para la actividad turística nacional, ya que podría afectar la imagen de paz, seguridad y sostenibilidad que caracteriza al país, a pesar de que Costa Rica todavía es percibido como seguro por los turistas, estudios reportan que esa percepción de seguridad viene en descenso (Madriz,2023).

La inseguridad ciudadana en Cañas se ha visto afectada por la falta de oportunidades de empleo y la pobreza, que son factores determinantes en los cantones del país que sufren un incremento sostenido en la tasa de violencia (Vanegas,2020).

Según la percepción de los principales actores sociales denominados como expertos concluyeron que la inseguridad en cantón de Cañas es un tema de prioridad, a nivel sociopolítico llega al común detonante del estado paternalista, pérdida de credibilidad en las leyes y procesos judiciales, además de todas las limitaciones legales que abordar el tema del crimen organizado, lleva a que la delincuencia se continúe perpetuando.

Las zonas específicas de alto tráfico de drogas ilícitas en Cañas hacen que esos barrios sean sitios vulnerables para que se fomente la marginalidad, la pobreza y el hacinamiento y se conviertan en lugares idóneos para el aumento de los vicios, desempleo, delincuencia, instalación de bunkers que como resultado final es aumento en la inseguridad, hay un aumento en la formación de grupos



de crimen organizado y se desarrollan guerrillas entre los grupos, se aprovechan del estado vulnerable de la población sumado con la pérdida de valores y la ambición al dinero fácil o bien por la falta de fuentes de empleo.

La falta de creación y desarrollo de programas que fomenten la salud mental como los talleres de crianza positiva para padres, la falta de control y seguimiento de enfermedades y la falta de inversión en centros de rehabilitación o desintoxicación hacen que Cañas sea un cantón donde no se ha fijado la prevención de posibles herramientas que a largo plazo impacten positivamente en la reducción de la inseguridad convirtiéndose en proyectos realizables a nivel del cantón.

Las principales causas raíz del tema de inseguridad en Cañas van más allá de una solución a nivel cantón por un problema generalizado en el país y las que y que los principales detonantes como el crimen organizado es un aspecto muy delicado y de manejo de autoridades expertas en ese tema específico. El grupo de expertos analizó y priorizó las cinco causas raíz más relevantes que son aumento de la pobreza o escasez económica, enfoque condescendiente de la educación y no como un derecho y oportunidad de superación personal, aumento de formación de grupos de crimen organizado, aumento de la violencia intrafamiliar, aumento de riñas, agresión con armas, robos, hurtos, agresiones físicas por ello las líneas de acción planteados que pueden ser modificables se orientaran al trabajo interinstitucional en programas de prevención y promoción de hábitos que vayan realizando un cambio paulatino en valores, fuentes de educación, fuentes de trabajo, hábitos saludables para evitar posibles adicciones y desempleo, estas se detallaran en el apartado de líneas de acción.



d. Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas.

Una vez definidas las causas raíz priorizadas de cada problema y previo a la realización del último taller, el equipo técnico procedió a identificar los factores protectores, entendiendo como tal a “la acción contraria que disminuye cada causa raíz”.

Identificados los factores protectores se procedió a detallar las líneas de acción necesarias para mantener, fortalecer o reproducir ese factor. Estas líneas de acción fueron construidas a partir de las causas secundarias y terciarias de las causas raíz, que fueron definidas por los expertos en cada tema y que igualmente, se convierten en actuaciones específicas que pueden incidir de manera importante sobre el problema de salud.

Es importante mencionar, que las líneas de acción establecidas responden al ámbito de la prevención de las causas de los problemas de salud o de la promoción de los factores protectores de la salud; de igual manera, proporcionan intervenciones dirigidas al mejoramiento de la salud mental de la población.

A continuación, se trataron de identificar los actores sociales que deben asumir la acción de manera directa según su competencia y área de gestión, así como los actores colaboradores que pueden apoyar o facilitar la ejecución de estas.

Para este ejercicio preliminar, se utilizó un formato específico facilitado en la guía metodológica que proporcionó una manera sencilla y clara para presentar la información a los actores sociales que participaron en la validación posterior. (Anexo 11)



VI. Validación de las líneas de acción con la comunidad

Con el apartado anterior completo, el Equipo Técnico procedió a convocar a los actores sociales claves para realizar la Validación de las Líneas de Acción. Luego de la presentación del proceso que significó la construcción del Análisis de la Situación de Salud del cantón, mediante la metodología de la plenaria, se procede a revisar las líneas de acción de cada problema de salud partiendo desde las dimensiones en las que se ubica cada causa raíz previamente priorizada, la definición de los factores protectores, así como los actores responsables de asumir dichas acciones y los actores que pueden apoyar o facilitarlas.

De la misma manera que los procesos anteriores, este acercamiento con los actores sociales permitió ajustar las líneas de acción mediante una discusión y análisis que permitirá hacer factible la ejecución de gestiones que representen el fortalecimiento de los factores protectores de la salud que a través del tiempo significará una mejoría en el estado de la salud, mental y general, de la población del cantón.

Se llegó al acuerdo de que este producto del ASIS, será presentado de manera oficial a las instituciones del cantón de Cañas en alguna de las instancias de coordinación y articulación intersectorial, de manera que se asegure un seguimiento al Plan de Acción resultante.

A continuación, las Líneas de Acción una vez validadas con la comunidad.



Problema: TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL					
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Factores Biológicos	Prematuridad	Recién nacido de término	Educación continua sobre la importancia de la buena alimentación e higiene durante el embarazo.	CCSS-COLEAMMI	Ministerio de Salud
			Fomentar adecuada hidratación.	CCSS-COLEAMMI	Ministerio de Salud, MEP
			Fortalecer la identificación de factores de riesgo en la población preconcepcional para su abordaje.	CCSS-COLEAMMI	Ministerio de Salud



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de Salud	Frecuente Deficiencia de atención de la embarazada en II nivel	Atención hospitalaria oportuna y de calidad a la embarazada (en el II nivel a de atención)	Talleres de actualización a los funcionarios de salud sobre aplicación de protocolos de atención.	CCSS-COLEAMMI	COREAMMI
			Fomentar la aplicación de procesos de supervisión capacitante en los tres niveles de gestión	CCSS-COLEAMMI	COREAMMI
	Falta de articulación de red de servicios entre los niveles de atención de salud	Sistema de referencias y contra referencias entre servicios y niveles de salud eficiente y oportuno	Revisar y mejorar el sistema de derivación de casos entre niveles de atención	COREAMMI	COLEAMMI



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Circunstancias Materiales de Vida	Deprivación cultural de las familias gestantes	Familias con estimulación y desarrollo cognitivo-cultural que les permite atender sus deberes y defender sus derechos.	Fortalecer estrategias de prevención de la deserción educativa mediante la activación de la Alerta Temprana ante ausencias de los estudiantes	MEP	PANI
			Promover formación técnica y aprendizaje de oficios	Municipalidad, UNED, INA, emprendedores	ONG
Comportamiento	Poco aprovechamiento de las familias de la oferta de servicios (especialidades)	Aprovechamiento de la atención especializada por las familias gestantes.	Divulgación de la oferta de servicios de especialidades	CCSS	JUNTA DE SALUD-CCCI-RECADEH
			Fortalecer el sistema de referencia y seguimiento del cumplimiento de citas	CCSS	AS Cañas
			Divulgación de la importancia del Control Prenatal, posparto y crecimiento y desarrollo	COLEAMMI	EBAIS



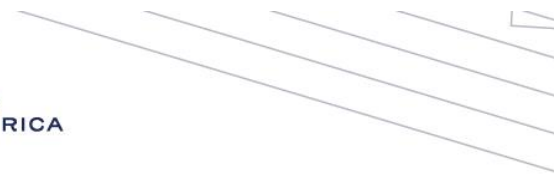
Problema: ACCIDENTES DE TRÁNSITO					
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Conductas agresivas o temerarias al conducir	Conducción responsable con tolerancia y respeto	Ejecutar Programas de promoción permanente de la importancia de no transitar o conducir bajo los efectos del licor, drogas u otras sustancias.	Policía de tránsito, INS	MS, Cruz Roja. COSEVI, IAFA
			Promover mediante talleres la educación para el manejo de emociones (ira), y relaciones interpersonales al transitar y conducir	Municipalidad, ONG	MS, Cruz Roja, COSEVI, Municipalidad.
	No uso de dispositivos de seguridad	Uso de dispositivos de seguridad	Vigilar el cumplimiento de la ley de tránsito	Policía de Tránsito	Fuerza pública
			Ejecutar campañas de prevención de accidentes y promoción del uso de dispositivos de seguridad en Centros Educativos desde primaria hasta universitarios.	Policía de Tránsito, MEP, universidades	INS, COSEVI
	Irrespeto a las normas y señales de tránsito	Respeto a las normas y señales de tránsito	Fiscalizar la aplicación de la normativa de tránsito	Policía de tránsito	Fuerza Pública



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Factores Sociopolíticos	Debilidad en la aplicación de políticas de promoción de la educación vial	Políticas de promoción de la educación vial efectivas y ejecutándose	Crear articulaciones entre Policía de Tránsito-MEP para formar promotores de seguridad vial	Policía de tránsito	MEP
			Aplicar programas de educación vial como parte de la currícula educativa en escuelas y colegios	MEP	Policía de Tránsito
			Promover la creación de política pública de refrescamiento recertificación de seguridad vial	Policía de tránsito, COSEVI	Municipalidad
			Fomentar los convenios entre instituciones educativas y reguladoras de las leyes de tránsito, para impartir el curso de seguridad vial	Policía De Tránsito, COSEVI, MEP, INA	INS, MUNICIPALIDAD
Factores Socioeconómicos	Proliferación de medios de transporte no regulado	Regulación de todos los medios de transporte (transporte público irregular, motos, bicimotos, bicicletas)	Controles de tránsito para regular medios de transporte que incumpla con normativa.	Policía de tránsito	Policía de Tránsito
			Educación continua a funcionarios de Tránsito para la regulación de las leyes de tránsito	INA, Policía de Tránsito, COSEVI	MEP



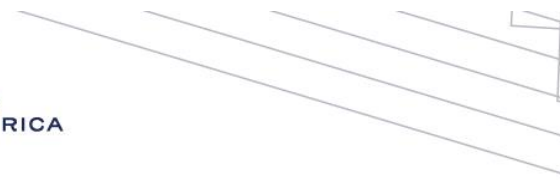
Problema: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES					
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Consumo activo o pasivo de tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas.	No fumado ni exposición al humo, no ingesta en exceso de bebidas alcohólicas ni consumo de otras drogas	Vigilar cumplimiento de la Ley 9028-No fumado- en establecimientos	MINISTERIO DE SALUD	MUNICIPALIDAD
			Actividades educativas para la prevención de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en centros educativos	IAFA, MEP, PANI, FUERZA PUBLICA, EISAA	MUNICIPALIDAD
			Promover y ejecutar los programas y clínicas de cesación de fumado.	IAFA, CCSS, FUERZA PUBLICA	MUNICIPALIDAD
	Personas con estilos de vida no saludables	Población con estilos de vida saludables	Promover la actividad física en centros de trabajo, comunidad y familia	RECAFIS	Ministerio de Trabajo



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Personas con estilos de vida no saludables	Población con estilos de vida saludables	Ejecutar actividades interinstitucionales de tipo recreativas y deportivas en parques	RECAFIS	Municipalidad, ADIS
			Fortalecimiento de Comités de Recreación y deportes	ICODER, Comité cantonal de deportes y recreación.	Municipalidad, ADIS
			Elaborar un diagnóstico de necesidades cantonales en materia de recreación y deporte	Comité Cantonal de deportes y recreación, ICODER, ADIS	Municipalidad
			Fomentar la organización de actividades recreativas y deportivas en las comunidades y grupos específicos de la población. (niños, adultos, adultos mayores)	Comité Cantonal de deportes y recreación, ICODER, ADIS	Municipalidad, redes de cuidado (adulto mayor), IMAS



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
	Personas con estilos de vida no saludables	Población con estilos de vida saludables	Difundir en la comunidad la importancia de la alimentación saludable e hidratación para una buena salud.	CCSS, Ministerio de Salud, MEP, CEN-CINAI, RECAFIS	Municipalidad, Redes de Cuido,
			Promover grupos de apoyo o talleres de manejo del estrés	EISAM, CAIS de Cañas,	ADIS
			Fortalecimiento de componente de salud mental en escenarios laborales, educativos y comunales	Concejo de Salud de Ocupacional.	Municipalidad, MEP, ADIS
Servicios de Salud	Dificultad de acceso a servicios de salud (tecnológico y geográfico)	Población con acceso tecnológico y geográfico a los servicios de salud	Realizar un diagnóstico dirigido a asegurados con dificultades al acceso tecnológico a plataforma (EDUS).	CCSS, Ministerio de Salud	Municipalidad
	Captación tardía de personas con padecimientos cardiovasculares	Captación temprana de personas con padecimientos cardiovasculares	Identificar y dar seguimiento de factores de riesgos para Enfermedad Cardiovascular durante consulta médica general	EBAIS	CCSS
			Divulgación de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular	CCSS, Ministerio de Salud	RECAFIS



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Factores Biológicos	Afectación por factores fisiológicos secundarios a enfermedades Crónicas	Personas con Enfermedades crónicas controladas	Dar seguimiento y control a pacientes con enfermedades crónicas	EBAIS	CCSS
			Divulgar importancia de la detección temprana de las enfermedades crónicas	EBAIS	CCSS, Ministerio de Salud



Problema: INSUFICIENCIA RENAL					
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de Salud	Falta fortalecer el componente de Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad por parte de los servicios de salud	Componente de Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad por parte de los servicios de salud fortalecidos	Desarrollar programas de promoción de los factores protectores para enfermedad renal	Ministerio de Salud, CCSS, Establecimientos de salud privados	ADIS
			Promover programas de prevención de la enfermedad renal	Ministerio de Salud, CCSS	ADIS
Circunstancias materiales de vida	Condiciones laborales no adecuadas para la prevención de la enfermedad renal	Centros de trabajo con condiciones adecuadas	Controlar condiciones laborales en personal agropecuario subcontratado	Concejo de Salud Ocupacional, Ministerio de Salud, MAG, SENASA	Empresa Pública y Privada



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Circunstancias materiales de vida	Condiciones laborales no adecuadas para la prevención de la enfermedad renal	Centros de trabajo con condiciones adecuadas	Monitoreo de empresas y contratistas en el cumplimiento de protocolos de prevención del estrés térmico	Concejo de Salud Ocupacional, Ministerio de Salud, MAG, SENASA	Empresa Pública y Privada
Factores Socioeconómicos	Población vulnerable con nivel educativo bajo que genera inadecuada comprensión de la enfermedad y su tratamiento	Población con conocimiento de la enfermedad renal y su tratamiento	Realizar mapeo de poblaciones en riesgo para enfermedad renal	CCSS, Ministerio de Salud	Municipalidad
			Fortalecer estrategias de prevención de la deserción educativa	MEP, PANI, IMAS	Municipalidad
			Desarrollo de programas de educación en salud en poblaciones prioritarias	MEP, PANI, IMAS	ADIS



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Factores Biológicos	Afectación renal por factores secundarios asociados a enfermedades crónicas (DM, HTA, Obesidad, Enf Cardíaca)	Enfermedades crónicas controladas	Velar por el cumplimiento de protocolos de atención de las Enfermedades crónicas (DM, HTA, Obesidad, Enf Cardíaca)	EBAIS,	CCSS
			Educación sobre prevención de complicaciones derivadas del padecimiento de Enfermedades crónicas (DM, HTA, Obesidad, Enf Cardíaca)	EBAIS,	CCSS
			Promocionar estilos de vida saludables	RECAFIS.	Ministerio de Salud



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Estilos de vida no saludables	Estilos de vida saludables	Promover la actividad física en centros de trabajo, comunidad y familia	RECAFIS,	Ministerio de Trabajo
			Fortalecimiento de Comités de Recreación y deportes	ICODER, Comité cantonal de deportes y recreación.	Municipalidad, ADIS
			Elaborar un diagnóstico de necesidades cantonales en materia de recreación y deporte	Comité Cantonal de deportes y recreación, ICODER, ADIS	Municipalidad
			Fomentar la organización de actividades recreativas y deportivas en las comunidades y grupos específicos de la población. (niños, adultos, adultos mayores)	Comité Cantonal de deportes y recreación, ICODER, ADIS	Municipalidad, redes de cuidado (adulto mayor), IMAS
			Difundir en la comunidad la importancia de la alimentación saludable e hidratación para una buena salud.	CCSS, Ministerio de Salud, MEP, CEN-CINAI, RECAFIS	Municipalidad, Redes de Cuido,
			Promover grupos de apoyo o talleres de manejo del estrés	EISAM, CAIS de Cañas	ADIS
			Fortalecimiento de componente de salud mental en escenarios laborales, educativos y comunales	Concejo de Salud de Ocupacional.	Municipalidad, MEP, ADIS



Problema: INSEGURIDAD					
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Factores Socioeconómicos	Aumento de la pobreza o escasez económica	Disminución de familias en pobreza	Promover mediante la coordinación intersectorial la creación de oportunidades laborales	Municipalidad, Cámaras (comercio, servicios, turismo, industria)	Procomer, MEIC, MEP
			Fortalecimiento de la preparación técnica o aprendizaje de oficios	INA, Centros de educación Privada, Institutos	MEP
	Enfoque condescendiente de la educación al obtener beneficios económicos del estado, y no como un deber y oportunidad de superación personal.	Concepción positiva de la educación, como un derecho y un deber de la persona menor de edad.	Promover el monitoreo de beneficiarios en su domicilio para verificar uso de beneficios y cumplimiento de deberes	IMAS, MEP,	PANI
			Orientar hacia el fortalecimiento del Rescate de respeto hacia las autoridades educativas y encargados legales.	MEP, Junta de Padres	PANI



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Aumento de formación de grupos de crimen organizado	Control y combate del crimen organizado	Fortalecimiento del combate del crimen organizado que involucre a la comunidad y otros actores sociales	OIJ, Poder Judicial, Fiscalía, Fuerza Pública, Policía de Transito	Municipalidad, ADIS
			Reforzar programas de seguridad comunitaria	ADIS, Fuerza Publica	Municipalidad
	Aumento de la Violencia intrafamiliar	Adecuada convivencia familiar	Fomentar programas de educación de "crianza positiva", control de impulsos, manejo de la ira y toma de decisiones.	PANI, INAMU-Oficina de la Mujer Municipalidad, CCSS, iglesias,	ADIS
			Impulsar sesiones, planes, talleres sobre el manejo adecuado de emociones.	Conapam, PANI, INAMU, CCSS, iglesias,	ADIS



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Aumento de riñas, agresión con armas, robos, hurtos, agresiones físicas	Convivencia social adecuada	Fortalecer la prevención de consumo de alcohol y otras drogas en centros educativos	IAFA, MEP, PANI	Fuerza Pública
			Canalizar a atención por EISAA a toda persona consumidora de sustancias psicoactivas	MEP, PANI, IAFA, Municipalidad, EISAA	ONG, instituciones
			Promover la participación ciudadana en temas de seguridad	Fuerza Pública, ADIS, Iglesias, OIJ	Municipalidad, Poder Judicial,
			Promover programas de reinserción en población en condición de calle (habilidades para la vida, reinserción laboral).	Municipalidad, IAFA, Asociaciones religiosas, Damas voluntarias	EISAA



Problema: DESEMPLEO					
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Factores Sociopolíticos	No existe una eficiente recaudación de impuestos	Recaudación eficiente de impuestos municipales	Revisar procedimientos y requisitos de trámites para apertura de establecimientos comerciales, industriales y de servicios	Municipalidad, Min Salud, CCSS y otras instituciones que regulan apertura de establecimientos	MEIC
			Mejorar la fiscalización del cumplimiento del pago de impuestos	Municipalidad	
			Programas de creación de oportunidades laborales	Municipalidad	Universidades, INDER



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Falta de involucramiento social	Población participativa en las acciones de mejora social	Formación de comités comunales que trabajen mancomunadamente con municipalidad e instituciones en la formación de oficios	INA, Centros de educación Privada, Institutos, ADIS, Municipalidad	MEP
			Fortalecimiento de la oferta en preparación técnica o aprendizaje de oficios	INA, Centros de educación Privada, Institutos	MEP
Circunstancias materiales de vida	Baja oferta de empleo	Oportunidades laborales permanentes	Fortalecer formación académica, técnica	INA, Centros de educación Privada, Institutos	MEP
			Formación en emprendedurismo en el sistema educativo	INA, Centros de educación Privada, Institutos, Municipalidad, MEP	Cámaras (comercio, industria, turismo)



Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de Salud	Ausencia de grupos organizados que promuevan la salud integral en las comunidades	Comunidades organizadas y activas	Formación de comités comunales que trabajen mancomunadamente con municipalidad e instituciones	CCSS, Juntas de Salud, ADIS	
Factores Biológicos	Falta programas de apoyo en formación para personas con limitaciones funcionales	Programas de apoyo activos en la formación de personas con limitaciones o capacidades diferentes	Creación de oportunidades de formación y empleo para personas con capacidades diferentes	INA, Municipalidad, IPEC, institutos privados	
			Programas vocacionales en centros educativos de secundaria	MEP, IPEC	INA



VII. Bibliografía

Alfaro, K., Alfaro, M., Chevez, D., Lubker, E., Robledo, A., Salas, F. (2020). Factores de riesgo cardiovascular. *Revista ciencia & salud: integrando conocimientos*, 4 (1), 5-34.
<https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/108/189>

Alvarado, A., Castillo, L., Sánchez, M. (2006). Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. *Revista costarricense salud pública*, 15 (28).

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000100003

Álvarez, A. A. (2023, marzo 3). *Costa Rica al filo de la violencia*. UNA Comunica.

<https://www.unacomunica.una.ac.cr/index.php/marzo-2023/4447-costa-rica-al-filo-de-la-violencia>

Análisis Estadísticos sobre Aspectos Salariales Ocupacionales, período 1998-2001. Dirección Corporativa de Recursos Humanos de la Gerencia Administrativa de la CCSS.

Boletín Epidemiológico N°11 de 2023. Dirección de Vigilancia de la Salud Ministerio de Salud

Cannizzaro, Claudia M, & Paladino, Miguel A. (2011). *Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal*. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 24(2), 59-74. Recuperado en 17 de mayo de 2023, de

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732011000200004&lng=es&tlng=es

Cartin, M. (2019, 27 de agosto). *Monumento Nacional el Farallón, Cañas, Guanacaste*. 500-1000. Mi Costa Rica de Antaño. Consultado el 06 de enero de 2023, de

<https://micostaricadeantano.com/2019/08/27/monumento-nacional-el-farallon/>



Castro L, Frank W., Labarrere C, Yureisy., González H, Gretel, & Barrios R, Yamilé. (2007). Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3) Recuperado en 18 de mayo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300005&lng=es&tlng=es

Cavallini, S. (2023, abril 22). Aumenta crisis de violencia e inseguridad en Costa Rica. *Radioemisoras UCR*. <https://radios.ucr.ac.cr/2023/04/radio-universidad/aumenta-crisis-de-violencia-en-costa-rica/>

CIE-10: Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10th ed.). 1992. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica. (CNE). (s.f.). *¿Qué es una emergencia con materiales peligrosos?* Consultado el 06 de enero de 2023, de https://www.cne.go.cr/reduccion_riesgo/informacion_educativa/recomentaciones_consejos/materiales_peligrosos.aspx

Comité Municipal de Emergencias de Cañas (CME Cañas). (2021). *Plan Cantonal de Emergencias Cañas*. (Informe). Costa Rica: <https://www.municanas.go.cr/index.php/nuestro-canton/instrumentos-de-planificacion/plan-cantonal-de-emergencias>

Comunidades, M. D. (2016). *Plan Cantonal de Desarrollo Humano Cañas 2017-2026*. Cañas, Guanacaste, Costa Rica.

COSEVI (2023). Datos abiertos. Recuperado el 8 de junio de 2023, de <https://www.datosabiertos.csv.go.cr/dashboards/19737/informacion-general-de-costa-rica/>



COSEVI, 2022. Perfil de los Accidentes de Tránsito e indicadores del desempeño en Costa Rica. Área de Investigación y estadística. <https://www.csv.go.cr/investigacion>

Coto, D. (2023, 02 de febrero). Hospitales refuerzan modalidad comunitaria para la atención en salud mental. <https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=hospitales-refuerzan-modalidad-comunitaria-para-la-atencion%C2%A0en-salud-mental>

Corbin, J. (2020). Autoconocimiento: definición y 8 consejos para mejorarlo. mayo 4, 2020, de Psicología y mente Sitio web: <https://psicologiymente.com/psicologia/autoconocimiento>

Cover, A. R. (s.f.). *Conflictos socioambientales y recursos hídricos en Guanacaste; una descripción desde el cambio en el estilo de desarrollo (1997-2006)*. Consultado el 26 de diciembre de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/152/15233348012.pdf>

El Guardian Cr, G. I. (2022, 5 de enero). *Diario el Guardian*. Consultado el 7 de enero de 2023, en <https://elguardian.cr/erupcion-en-el-volcan-rincon-de-la-vieja-lo-ultimo/>

Euroinnova Business School. (2022, junio 7). *Inseguridad ciudadana*. Euroinnova Business School. <https://www.euroinnova.cr/blog/inseguridad-ciudadana>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2018, febrero). *Cada vida cuenta*. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/informes/cada-vida-cuenta>

Forero R, D., Torres, L y Rodríguez, L. (2019). *La morbimortalidad materno-infantil y su prevención*. <http://dx.doi.org/10.14349/9789585234420.1>

Fuerza Pública (F.P.). (2019). *Análisis Cantón de Cañas, Sembremos Seguridad. Estrategia Integral de Prevención para la Seguridad Pública*. Consultado el 18 de agosto 2023, de



https://www.seguridadpublica.go.cr/ministerio/sembremos_seg/informes/sembremos_seguridad/2019/canas/inf_final_canas.pdf

Fundación mayo para la educación y la investigación médicas. (s. f.). *Enfermedad cardíaca*. Consultado el 04 de setiembre de 2023, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/heart-disease/symptoms-causes/syc-20353118>

Gaceta, D. O. (2006, 20 de octubre). Plan Regulador del Cantón de Cañas, Municipalidad de Cañas. págs. 41-60.

Garrido, A. (2009). Desempleo. In: Reyes R, editor. *Diccionario crítico de ciencias sociales. terminología científico-social*. Madrid - México: Plaza y Valdés; 2009. Consultado el 19 de agosto de 2023, de: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/D/desempleo.htm>

Gómez, T. (2023, septiembre 8). *Préstamos “gota a gota”: denunciar amenazas no exime a personas de tener que pagar deuda*. El Observador. <https://observador.cr/prestamos-gota-a-gota-denunciar-amenazas-no-exime-a-personas-de-tener-que-pagar-deuda/>

Granados F, E y Ovarés S, R (2021). Atención social de niños politraumatizados por accidentes de tránsito en el Hospital Nacional de Niños. *Revista costarricense de Trabajo Social*, 39(I semestre) 1-22.

Hershson, A. (2021). Del nivel socioeconómico al riesgo cardiovascular. *Revista argentina de cardiología*, 89 (4), 383-384. https://www.redalyc.org/journal/3053/305369822022/html/http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732011000200004&lng=es&tlng=es.



Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2016). Resultados: Censo 2011. Costa Rica. Consultado el 16 de enero de 2023, de <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/censos/censo-2011?documentTypes=results>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023). Encuesta Continua de Empleo, trimestre (diciembre 2022 y enero - febrero 2023).

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023). Sistema de Consultas. Datos recuperados de <https://inec.cr/sistemas-de-consulta>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2022, 23 de noviembre). *Aumenta tasa de mortalidad infantil en 10,4% durante 2021*[Comunicado de Prensa. Recuperado de <https://inec.cr/noticias/tasa-mortalidad-infantil-aumenta-104-durante-2021>

Madriz, A. (2023, junio 23). *Llegada de “guerra narco” a playas de Guanacaste pone en alerta a empresarios turísticos*. La República. <https://www.larepublica.net/noticia/llegada-de-guerra-narco-a-playas-de-guanacaste-pone-en-alerta-a-empresarios-turisticos>

Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG). (2021). *Caracterización del área de influencia de la agencia de extensión agropecuaria. Cañas, Guanacaste*. Consultado el 16 de enero de 2023, de <chrome-extension://efaidnbmninnkpbpcjpcglclefindmkaj/https://www.mag.go.cr/regiones/choroteqa/caracterizacion-aea-canas.pdf>

Ministerio de Cultura y Juventud. (2022). Guanacaste: Casona de la Hacienda San Luis revivirá con premio del certamen Salvemos Nuestro Patrimonio 2022. Consultado el 13 de marzo de 2023, de <https://mcj.go.cr/sala-de-prensa/noticias/guanacaste-casona-de-la-hacienda-san-luis-revivira-con-premio-del-certamen>



Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y Municipalidad de Cañas (a). (2016). *Plan Cantonal de Desarrollo Humano Local 2017-2026. (Informe)*. Costa Rica: <https://www.municanas.go.cr/index.php/nuestro-canton/instrumentos-de-planificacion/plan-cantonal-de-desarrollo-humano-local>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y Municipalidad de Cañas (b). (2016). *Plan Estratégico Municipal de Cañas 2017-2021. (Informe)*. Costa Rica: <https://www.municanas.go.cr/index.php/nuestro-canton/instrumentos-de-planificacion/plan-estrategico-municipal>.

Ministerio de Salud. (2021, 17 mayo). *53 personas son diagnosticadas diariamente con hipertensión arterial*. Consultado el 04 de setiembre de 2023, de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/52-noticias-2022/1311-53-personas-son-diagnosticadas-diariamente-con-hipertension-arterial>

Ministerio de Salud. *Reglamento de Vigilancia de la Salud*. Decreto Ejecutivo N° 40556- S del 23 de agosto de 2017. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. *Protocolo de Vigilancia de la Enfermedad Renal Crónica no tradicional*. Dirección de Vigilancia de la Salud. -San José, Costa Rica: MS, 2019

Montecinos, G. Factores de riesgo y resiliencia [Consultada el 14 de marzo de 2013]. https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPSIQUI5/2/material_docente/bajar?id_material=160652

Montero, A., Torres, J. (2005). Trabajo, empleo y desempleo en la teoría económica: la nueva ortodoxia. *Revista Principios*. (3), 5-34. http://www.fundacionsistema.com/media//PDF/Ppios3_Torres-Montero.pdf/



Municipalidad de Cañas. (2013). *Reseña Histórica. Cañas, Costa Rica*. Consultado el 29 de diciembre de 2022, de <https://www.municanas.go.cr/index.php/nuestro-canton/canas/historia>.

Municipalidad de Cañas. (2014). Características Demográficas y Geográficas. Cañas, Costa Rica. Consultado el 29 de diciembre de 2022, de: <https://www.municanas.go.cr/index.php/nuestro-canton/canas/caracteristicas-demograficas-y-geograficas>

Municipalidad de Cañas. (2021). Análisis social, económico y espacial para el fortalecimiento de capacidades de adaptación al cambio climático del cantón de Cañas. Cañas, Guanacaste. Consultado el 29 de diciembre de 2022, de <https://www.municanas.go.cr/index.php/nuestro-canton/instrumentos-de-planificacion/plan-cantonal-de-desarrollo-humano-local>

Municipalidad de Cañas. (2022). Plan cantonal de Emergencias Cañas. Cañas Guanacaste. Consultado el 16 de enero de 2023, de <https://www.municanas.go.cr/index.php/nuestro-canton/instrumentos-de-planificacion/plan-cantonal-de-emergencias>

Murillo, Á. (2023, marzo 24). *Costa Rica pierde su paz: los homicidios aumentaron un 66% en una década*. Ediciones EL PAÍS S.L. <https://elpais.com/internacional/2023-03-24/costa-rica-pierde-su-paz-los-homicidios-aumentaron-un-66-en-una-decada.html>

Obando, D. (2020, 10 de marzo) *Educación Costarricense en la actualidad*. Seminario Universidad. Consultado el 13 de marzo de 2023, de <https://semanariouniversidad.com/opinion/educacion-costarricense-en-la-actualidad/>

Oficializa la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida decreto N° 40881 – S



Ordunez P, Martínez R, Reveiz L, Chapman E, Sáenz C, Soares da Silva A, et al. Chronic kidney disease epidemic in Central America: urgent public health action is needed amid causal uncertainty. *PLoS Negl Trop Dis* 2014; 8: e3019. doi:10.1371/journal.pntd.0003019

Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: un estado de bienestar*. Ginebra: OMS. 2011 [Consultada el 4 de marzo de 2013]. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021, 01 marzo). *Costa Rica se suma a HEARTS en las Américas, iniciativa regional para el manejo del riesgo cardiovascular*. Consultado el 04 de setiembre de 2023, de <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-costa-rica-se-suma-hearts-americas-iniciativa-regional-para-manejo-riesgo>

Organización Panamericana de la Salud. *Situación actual de la salud mental en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud*. -- San José, C.R.: OPS, 2004. 35 p.; 28 cm. – (Serie Análisis de Situación de Salud; no. 10)

Parra, M. C. (2018, diciembre 7). *Consumo de drogas: un mal que crece en Costa Rica*. Semanario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/suplementos/consumo-de-drogas-un-mal-que-crece-en-costa-rica/>

Pendon de Mier, M. V., García-Montemayor, V., López, R. O., Peregrín, C. M., & Cabrera, S. S. (2019). Insuficiencia renal crónica. *Medicine*, 12(79), 4683–4692. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.05.022>

Picado, M. (2021, 09 de febrero) *Costa Rica: Salud mental en deterioro*. Consultado el 13 de marzo de 2023, de <https://investiga.uned.ac.cr/agendajoven/costa-rica-salud-mental-en-deterioro/>



Roche, M., Pérez Rodríguez, A. F., García Mutiloa, M.A., & Martínez Montero, I. (2009). Patología médica y embarazo: Trastornos respiratorios, urológicos, infecciosos y endocrinológicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 121-134. Recuperado en 18 de mayo de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200012&lng=es&tlng=es

Sánchez, L. (2020, 20 setiembre). *Enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Costa Rica*. Delfino. Consultado el 04 de setiembre de 2023, de <https://delfino.cr/2020/09/enfermedades-cardiovasculares-son-la-primera-causa-de-muerte-en-costa-rica>

Temas para la educación (2009, noviembre). *Revista digital para profesionales de la enseñanza*. Recuperado en 13 junio de 2023, de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd6391.pdf>

The Texas Heart Institute. (s. f.). *Factores de riesgo cardiovascular*. Consultado el 04 de setiembre de 2023, de <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>

Underwood-Gordon. A working model of health: spirituality and religiousness as resources: applications to persons with disability. *Journal of Religion, Disability and Health*. 1990; 3(3):51-71.

Vanegas, M (2020, mayo) Guanacastealaaltura.com. Recuperado el 24 de octubre de 2023, de <https://www.guanacastealaaltura.com/la-inseguridad-ciudadana/>

Villalobos-Parra L y Hernández-Gómez R (2008). Accidentes de tránsito. *Acta Pediátrica Costarricense*, 20 (1) 5-7. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/apc/v20n1/a01v20n1.pdf>



VII Anexos

Anexo1

Tabla de Indicadores seleccionados de la “Guía metodológica para la elaboración del análisis de situación integral de salud en Costa Rica” por el Área Rectora de Salud de Cañas

Indicadores Sociales		
N°	Descripción el indicador	Definición
1	Tasa de alfabetización	Proporción de la población adulta de 15 y más años que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año Una persona es letrada si, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.
2	Índice de desarrollo humano (IDH)	Medida resumen del progreso medio conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación, y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano (basada en PNUD).
3	Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)	Medida resumen del progreso medio conseguido por cada cantón en tres dimensiones de desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de



		educación y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano de un cantón (Basado en PNUD-Costa Rica y UCR).
4	Índice de desarrollo social 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).
5	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°	Descripción el indicador	Definición
7	Población	Número de habitantes de un país, territorio o área geográfica (total general o para un sexo o grupo etario dados), en un punto de tiempo específico. En términos demográficos es el número total de habitantes que efectivamente viven dentro de los límites fronterizos del país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS).



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



		una definición de área urbana internacionalmente consensuada y las definiciones operacionales nacionales pueden variar de país a país.
13	Proporción de personas por curso de vida	Porcentaje de población según los siguientes grupos de edad (menores de un año, 1-9 años, 10-19 años, 20-64 años, 65 y más años)
14	Tasa de fecundidad total	Número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad prevalentes en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica.
15	Total de nacimientos	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados
16	Tasa de natalidad	Número de nacimientos por cada mil habitantes; esto es, la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total, por mil (INEC, modificada). Sinonimia: tasa bruta de natalidad y tasa cruda de natalidad
17	Tasa de crecimiento natural de la población	Tasa de aumento (o disminución) de una población en un año determinado debido a un excedente (o déficit) de nacimientos frente a las defunciones, expresada como porcentaje de la población base (INEC).
21	Tasa cruda de mortalidad	La razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.



22	Densidad de población	Razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados. (MIDEPLAN).
----	-----------------------	---

Indicadores Económicos

N°	Descripción el indicador	Definición
26	Población económicamente activa (PEA)	Conjunto de personas de 15 años a más que durante el período de referencia participaron en la producción de bienes y servicios económicos o estaban dispuestas a hacerlo. Está conformada por la población ocupada y la desocupada (INEC). Sinonimia: fuerza de trabajo
27	Tasa de ocupación	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).
28	Tasa de desempleo abierto	Porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo (INEC). Sinonimia: proporción desempleada de la fuerza de trabajo y proporción de la pea desocupada

Indicadores Servicios

N°	Descripción el indicador	Definición
32	Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Acceso a fuentes mejoradas de agua se define por la disponibilidad de 20 litros de agua por persona al día en una distancia no mayor a 1 kilómetro. Fuentes mejoradas de agua potable



		<p>mejoradas son: conexión de los hogares, fuente de agua pública, pozo, pozo excavado cubierto, fuente protegida, recolección de agua de lluvia. Fuentes mejoradas de agua potable no mejoradas son: pozo no cubierto, fuente no cubierta, ríos o estanques, agua suministrada por vendedores, agua embotellada, agua de camión cisterna. Agua embotellada no se considera mejorada debido a las limitaciones en el suministro del agua, no en su calidad. Área urbana o rural según definición del país.</p>
33	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>
34	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</p>



		<p>vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Se define como atención de salud durante el embarazo a los servicios de control y monitoreo del embarazo y/o la atención ambulatoria por morbilidad asociada; no incluye ni las actividades directas de vacunación ni la atención inmediatamente previa al parto. Personal capacitado incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.</p>
35	Proporción de partos atendidos por personal capacitado	<p>Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Personal capacitado incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.</p>
36	Razón de médicos	<p>Número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.</p>
37	Razón de enfermeras profesionales	<p>Número de enfermeras diplomados disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en</p>



		un determinado país, territorio o área geográfica. Enfermeras diplomadas no incluye personal auxiliar de enfermería.
38	Razón de odontólogos	Número de odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
39	Razón de camas hospitalaria	Número de camas hospitalarias disponibles por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
42	Número de establecimientos de atención ambulatoria	Número de establecimientos de salud por tipo y nivel

**Anexo 2**

Cañas: Eventos según mortalidad proporcional en menores de un año. Quinquenio 2015-2019, (números absolutos y porcentaje)

Eventos	Número	Porcentaje
1. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	16	66,67%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	15	62,50%
P24-P28 - Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	6	25,10%
P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	3	12,50%
P37 - Otras enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	1	4,17%
P76 - Otras obstrucciones intestinales del recién nacido	1	4,17%
P77 - Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	1	4,17%
P91 - Otras alteraciones cerebrales del recién nacido	1	4,17%
P03 - Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	1	4,17%
P36 - Sepsis bacteriana del recién nacido	1	4,17%
Infecciones respiratorias	1	4,17%
J04 - Laringitis y traqueítis agudas	1	4,17%
2. Enfermedades no transmisibles	5	20,83%
Anomalías congénitas	3	12,50%
Q04 - Otras malformaciones congénitas del encéfalo	1	4,17%
Q33 - Malformaciones congénitas del pulmón	1	4,17%
Q24 - Otras malformaciones congénitas del corazón	1	4,17%
Enfermedades respiratorias	2	8,33%
J85 - Absceso del pulmón y del mediastino	1	4,17%
J84 - Otras enfermedades pulmonares intersticiales	1	4,17%
4. Mal definidas	3	12,50%
Causas mal definidas	3	12,50%
R99 - Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	2	8,33%
R95 - Síndrome de la muerte súbita infantil	1	4,17%
Total general	24	100,00%

Nota: Datos oficiales del INEC



Anexo 3

Cañas: Eventos según mortalidad proporcional en niños de 1 a 9 años. Quinquenio 2015-2019, (números absolutos y porcentaje)

Eventos	Número	Porcentaje
2.Enfermedades no transmisibles	1	20,00%
Tumores malignos	1	20,00%
C91 - Leucemia linfoide	1	20,00%
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	4	80,00%
Accidentes	4	80,00%
V49 - Ocupante de automóvil lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	2	40,00%
W73 - Otros ahogamientos y sumersiones especificados	1	20,00%
V48 - Ocupante de automóvil lesionado en accidente de transporte sin colisión	1	20,00%
Total general	5	100,00%

Nota: Datos oficiales del INEC



Anexo 4

Cañas: Eventos según mortalidad proporcional en adolescentes. Quinquenio 2015-2019, (números absolutos y porcentaje)

Eventos	Número	Porcentaje
2.Enfermedades no transmisibles	3	30,00%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	1	10,00%
E05 - Tirotoxicosis [hipertiroidismo]	1	10,00%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	1	10,00%
G06 - Absceso y granuloma intracraneal e intrarraquídeo	1	10,00%
Tumores malignos	1	10,00%
C41 - Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados	1	10,00%
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	7	70,00%
Accidentes	5	50,00%
V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	2	20,00%
V29 - Motociclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	2	20,00%
V09 - Peatón lesionado en otros accidentes de tránsito, y en los no especificados	1	10,00%
Lesiones intencionales	2	20,00%
X99 - Agresión con objeto cortante	1	10,00%
X95 - Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	1	10,00%
Total general	10	100,00%

Nota: Definición de Adolescente basado en recomendación de OMS que va de los 10 a los 19 años. Datos oficiales del INEC.

**Anexo 5****Cañas: Eventos según mortalidad proporcional en personas de 20 a 64 años.****Quinquenio 2015-2019, (números absolutos y porcentaje)**

Eventos	Número	Porcentaje
1.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	8	2,67%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4	1,33%
B20 - Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias	2	0,67%
G00 - Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte	1	0,33%
B00 - Infecciones herpéticas [herpes simple]	1	0,33%
Infecciones respiratorias	4	1,33%
J18 - Neumonía, organismo no especificado	2	0,67%
J09 - Influenza debida a virus de la influenza aviar identificado	2	0,67%
2.Enfermedades no transmisibles	231	77,00%
Anomalías congénitas	1	0,33%
Q21 - Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos	1	0,33%
Diabetes mellitus	12	4,00%
E11 - Diabetes mellitus no insulino dependiente	9	3,00%
E14 - Diabetes mellitus, no especificada	3	1,00%
Enfermedades cardiovasculares	75	25,00%
I21 - Infarto agudo del miocardio	13	4,33%
I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	13	4,33%
I12 - Enfermedad renal hipertensiva	9	3,00%
I60 - Hemorragia subaracnoidea	5	1,67%
I61 - Hemorragia intracerebral	4	1,33%
I62 - Otras hemorragias intracraneales no traumáticas	4	1,33%
I50 - Insuficiencia cardíaca	4	1,33%
I42 - Cardiomiopatía	4	1,33%
I67 - Otras enfermedades cerebrovasculares	3	1,00%
I20 - Angina de pecho	2	0,67%
I35 - Trastornos no reumáticos de la válvula aórtica	2	0,67%
I80 - Flebitis y tromboflebitis	2	0,67%
I38 - Endocarditis, válvula no especificada	2	0,67%



Eventos	Número	Porcentaje
I64 - Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	1	0,33%
I69 - Secuelas de enfermedad cerebrovascular	1	0,33%
I51 - Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca	1	0,33%
I10 - Hipertensión esencial (primaria)	1	0,33%
I71 - Aneurisma y disección aórticos	1	0,33%
I05 - Enfermedades reumáticas de la válvula mitral	1	0,33%
I11 - Enfermedad cardíaca hipertensiva	1	0,33%
I46 - Paro cardíaco	1	0,33%
Enfermedades de la piel	2	0,67%
L08 - Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo	1	0,33%
L03 - Celulitis	1	0,33%
Enfermedades del sistema genito-urinario	54	18,00%
N18 - Insuficiencia renal crónica	53	17,67%
N39 - Otros trastornos del sistema urinario	1	0,33%
Enfermedades del sistema músculo esquelético	3	1,00%
M06 - Otras artritis reumatoides	1	0,33%
M79 - Otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte	1	0,33%
M72 - Trastornos fibroblásticos	1	0,33%
Enfermedades digestivas	21	7,00%
K74 - Fibrosis y cirrosis del hígado	6	2,00%
K70 - Enfermedad alcohólica del hígado	5	1,67%
K85 - Pancreatitis aguda	2	0,67%
K55 - Trastornos vasculares de los intestinos	2	0,67%
K56 - Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	2	0,67%
K72 - Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte	2	0,67%
K27 - Úlcera péptica, de sitio no especificado	1	0,33%
K76 - Otras enfermedades del hígado	1	0,33%
Enfermedades respiratorias	6	2,00%
J46 - Estado asmático	3	1,00%
J85 - Absceso del pulmón y del mediastino	1	0,33%
J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1	0,33%
J45 - Asma	1	0,33%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	5	1,67%
E66 - Obesidad	2	0,67%



Eventos	Número	Porcentaje
D70 - Agranulocitosis	1	0,33%
E87 - Otros trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico	1	0,33%
E83 - Trastornos del metabolismo de los minerales	1	0,33%
Otros tumores	2	0,67%
D47 - Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	1	0,33%
D43 - Tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo y del sistema nervioso central	1	0,33%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	6	2,00%
F01 - Demencia vascular	2	0,67%
G31 - Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso, no clasificadas en otra parte	1	0,33%
G70 - Miastenia gravis y otros trastornos neuromusculares	1	0,33%
F05 - Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas	1	0,33%
G12 - Atrofia muscular espinal y síndromes afines	1	0,33%
Tumores malignos	44	14,67%
C64 - Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	4	1,33%
C80 - Tumor maligno de sitios no especificados	3	1,00%
C53 - Tumor maligno del cuello del útero	3	1,00%
C16 - Tumor maligno del estómago	3	1,00%
C20 - Tumor maligno del recto	3	1,00%
C22 - Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	3	1,00%
C71 - Tumor maligno del encéfalo	2	0,67%
C90 - Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	2	0,67%
C41 - Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados	2	0,67%
C15 - Tumor maligno del esófago	2	0,67%
C91 - Leucemia linfoide	2	0,67%
C25 - Tumor maligno del páncreas	2	0,67%
C49 - Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	2	0,67%
C83 - Linfoma no Hodgkin difuso	1	0,33%
C18 - Tumor maligno del colon	1	0,33%
C07 - Tumor maligno de la glándula parótida	1	0,33%
C54 - Tumor maligno del cuerpo del útero	1	0,33%
C23 - Tumor maligno de la vesícula biliar	1	0,33%
C32 - Tumor maligno de la laringe	1	0,33%



Eventos	Número	Porcentaje
C85 - Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	1	0,33%
C67 - Tumor maligno de la vejiga urinaria	1	0,33%
C50 - Tumor maligno de la mama	1	0,33%
C34 - Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	1	0,33%
C76 - Tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos	1	0,33%
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	58	19,33%
Accidentes	39	13,00%
V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	20	6,67%
V29 - Motociclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	5	1,67%
X59 - Exposición a factores no especificados	3	1,00%
W87 - Exposición a corriente eléctrica no especificada	2	0,67%
V09 - Peatón lesionado en otros accidentes de transito , y en los no especificados	1	0,33%
W84 - Obstrucción no especificada de la respiración	1	0,33%
X45 - Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol	1	0,33%
V49 - Ocupante de automóvil lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	1	0,33%
V19 - Ciclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	1	0,33%
Y83 - Cirugía y otros procedimientos quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento	1	0,33%
Y85 - Secuelas de accidentes de transporte	1	0,33%
V95 - Accidente de aeronave de motor, con ocupante lesionado	1	0,33%
W17 - Otras caídas de un nivel a otro	1	0,33%
Lesiones intencionales	19	6,33%
X99 - Agresión con objeto cortante	7	2,33%
X95 - Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	5	1,67%
X70 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	4	1,33%
X74 - Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	2	0,67%
Y09 - Agresión por medios no especificados	1	0,33%
4.Mal definidas	3	1,00%
Causas mal definidas	3	1,00%
R99 - Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	3	1,00%
Total general	300	100,00%

Nota: Datos oficiales del INEC



Anexo 6

Cañas: Eventos según mortalidad proporcional en población mayor de 65 años.

Quinquenio 2015-2019, (números absolutos y porcentaje)

Eventos	Número	Porcentaje
1. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	23	4,95%
Deficiencias de la nutrición	2	0,43%
E46 - Desnutrición proteicoalórica, no especificada	1	0,22%
D53 - Otras anemias nutricionales	1	0,22%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3	0,65%
A04 - Otras infecciones intestinales bacterianas	2	0,43%
A09 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1	0,22%
Infecciones respiratorias	18	3,87%
J18 - Neumonía, organismo no especificado	15	3,23%
J09 - Influenza debida a virus de la influenza aviar identificado	3	0,65%
2. Enfermedades no transmisibles	411	88,39%
Anomalías congénitas	1	0,22%
Q61 - Enfermedad quística del riñón	1	0,22%
Diabetes mellitus	33	7,10%
E11 - Diabetes mellitus no insulino dependiente	23	4,95%
E14 - Diabetes mellitus, no especificada	8	1,72%
E10 - Diabetes mellitus insulino dependiente	2	0,43%
Enfermedades cardiovasculares	146	31,40%
I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	28	6,02%
I12 - Enfermedad renal hipertensiva	18	3,87%
I21 - Infarto agudo del miocardio	17	3,66%
I67 - Otras enfermedades cerebrovasculares	17	3,66%
I11 - Enfermedad cardíaca hipertensiva	11	2,37%
I42 - Cardiomiopatía	9	1,94%
I63 - Infarto cerebral	5	1,08%
I64 - Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	4	0,86%
I69 - Secuelas de enfermedad cerebrovascular	4	0,86%
I13 - Enfermedad cardiorrenal hipertensiva	3	0,65%
I50 - Insuficiencia cardíaca	3	0,65%



Eventos	Número	Porcentaje
I10 - Hipertensión esencial (primaria)	3	0,65%
I48 - Fibrilación y aleteo auricular	3	0,65%
I20 - Angina de pecho	2	0,43%
I60 - Hemorragia subaracnoidea	2	0,43%
I26 - Embolia pulmonar	2	0,43%
I99 - Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	2	0,43%
I38 - Endocarditis, válvula no especificada	2	0,43%
I49 - Otras arritmias cardíacas	2	0,43%
I83 - Venas varicosas de los miembros inferiores	1	0,22%
I73 - Otras enfermedades vasculares periféricas	1	0,22%
I35 - Trastornos no reumáticos de la válvula aórtica	1	0,22%
I51 - Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca	1	0,22%
I80 - Flebitis y tromboflebitis	1	0,22%
I46 - Paro cardíaco	1	0,22%
I62 - Otras hemorragias intracraneales no traumáticas	1	0,22%
I61 - Hemorragia intraencefálica	1	0,22%
I71 - Aneurisma y disección aórticos	1	0,22%
Enfermedades de la piel	3	0,65%
L89 - Úlcera de decúbito	2	0,43%
L03 - Celulitis	1	0,22%
Enfermedades del sistema genito-urinario	44	9,46%
N18 - Insuficiencia renal crónica	36	7,74%
N39 - Otros trastornos del sistema urinario	7	1,51%
N01 - Síndrome nefrítico rápidamente progresivo	1	0,22%
Enfermedades del sistema músculo esquelético	7	1,51%
M06 - Otras artritis reumatoides	2	0,43%
M62 - Otros trastornos de los músculos	1	0,22%
M31 - Otras vasculopatías necrotizantes	1	0,22%
M84 - Trastornos de la continuidad del hueso	1	0,22%
M00 - Artritis piógena	1	0,22%
M10 - Gota	1	0,22%
Enfermedades digestivas	34	7,31%
K74 - Fibrosis y cirrosis del hígado	10	2,15%
K72 - Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte	3	0,65%
K76 - Otras enfermedades del hígado	3	0,65%
K80 - Colelitiasis	3	0,65%



Eventos	Número	Porcentaje
K85 - Pancreatitis aguda	3	0,65%
K27 - Úlcera péptica, de sitio no especificado	2	0,43%
K70 - Enfermedad alcohólica del hígado	1	0,22%
K45 - Otras hernias de la cavidad abdominal	1	0,22%
K31 - Otras enfermedades del estómago y del duodeno	1	0,22%
K40 - Hernia inguinal	1	0,22%
K92 - Otras enfermedades del sistema digestivo	1	0,22%
K51 - Colitis ulcerativa	1	0,22%
K57 - Enfermedad diverticular del intestino	1	0,22%
K55 - Trastornos vasculares de los intestinos	1	0,22%
K22 - Otras enfermedades del esófago	1	0,22%
K56 - Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	1	0,22%
Enfermedades respiratorias	41	8,82%
J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	32	6,88%
J98 - Otros trastornos respiratorios	2	0,43%
J84 - Otras enfermedades pulmonares intersticiales	1	0,22%
J45 - Asma	1	0,22%
J85 - Absceso del pulmón y del mediastino	1	0,22%
J90 - Derrame pleural no clasificado en otra parte	1	0,22%
J43 - Enfisema	1	0,22%
J68 - Afecciones respiratorias debidas a inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas	1	0,22%
J69 - Neumonitis debida a sólidos y líquidos	1	0,22%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	1	0,22%
D61 - Otras anemias aplásticas	1	0,22%
Otros tumores	3	0,65%
D38 - Tumor de comportamiento incierto o desconocido del oído medio y de los órganos respiratorios e intratorácicos	1	0,22%
D47 - Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	1	0,22%
D43 - Tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo y del sistema nervioso central	1	0,22%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	15	3,23%
F03 - Demencia, no especificada	4	0,86%
F01 - Demencia vascular	4	0,86%
G30 - Enfermedad de Alzheimer	4	0,86%



Eventos	Número	Porcentaje
G31 - Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso, no clasificadas en otra parte	1	0,22%
G93 - Otros trastornos del encéfalo	1	0,22%
G62 - Otras polineuropatías	1	0,22%
Tumores malignos	83	17,85%
C61 - Tumor maligno de la próstata	16	3,44%
C25 - Tumor maligno del páncreas	8	1,72%
C16 - Tumor maligno del estómago	8	1,72%
C18 - Tumor maligno del colon	8	1,72%
C80 - Tumor maligno de sitios no especificados	7	1,51%
C34 - Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	4	0,86%
C22 - Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	4	0,86%
C50 - Tumor maligno de la mama	4	0,86%
C92 - Leucemia mieloide	3	0,65%
C26 - Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos	2	0,43%
C15 - Tumor maligno del esófago	2	0,43%
C53 - Tumor maligno del cuello del útero	2	0,43%
C90 - Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	2	0,43%
C20 - Tumor maligno del recto	2	0,43%
C67 - Tumor maligno de la vejiga urinaria	2	0,43%
C91 - Leucemia linfoide	1	0,22%
C85 - Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	1	0,22%
C02 - Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua	1	0,22%
C71 - Tumor maligno del encéfalo	1	0,22%
C48 - Tumor maligno del peritoneo y del retroperitoneo	1	0,22%
C73 - Tumor maligno de la glándula tiroides	1	0,22%
C62 - Tumor maligno del testículo	1	0,22%
C44 - Otros tumores malignos de la piel	1	0,22%
C83 - Linfoma no Hodgkin difuso	1	0,22%
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	22	4,73%
Accidentes	20	4,30%
X59 - Exposición a factores no especificados	11	2,37%
V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	6	1,29%
V22 - Motociclista lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas	1	0,22%



ASIS Cañas

170

Eventos	Número	Porcentaje
V80 - Jinete u ocupante de vehículo de tracción animal lesionado en accidente de transporte	1	0,22%
W69 - Ahogamiento y sumersión mientras se está en aguas naturales	1	0,22%
Lesiones intencionales	2	0,43%
X74 - Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	1	0,22%
X70 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	1	0,22%
4.Mal definidas	9	1,94%
Causas mal definidas	9	1,94%
R99 - Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	9	1,94%
Total general	465	100,00%

Nota: Datos oficiales del INEC



ASIS Cañas

171

Anexo 7

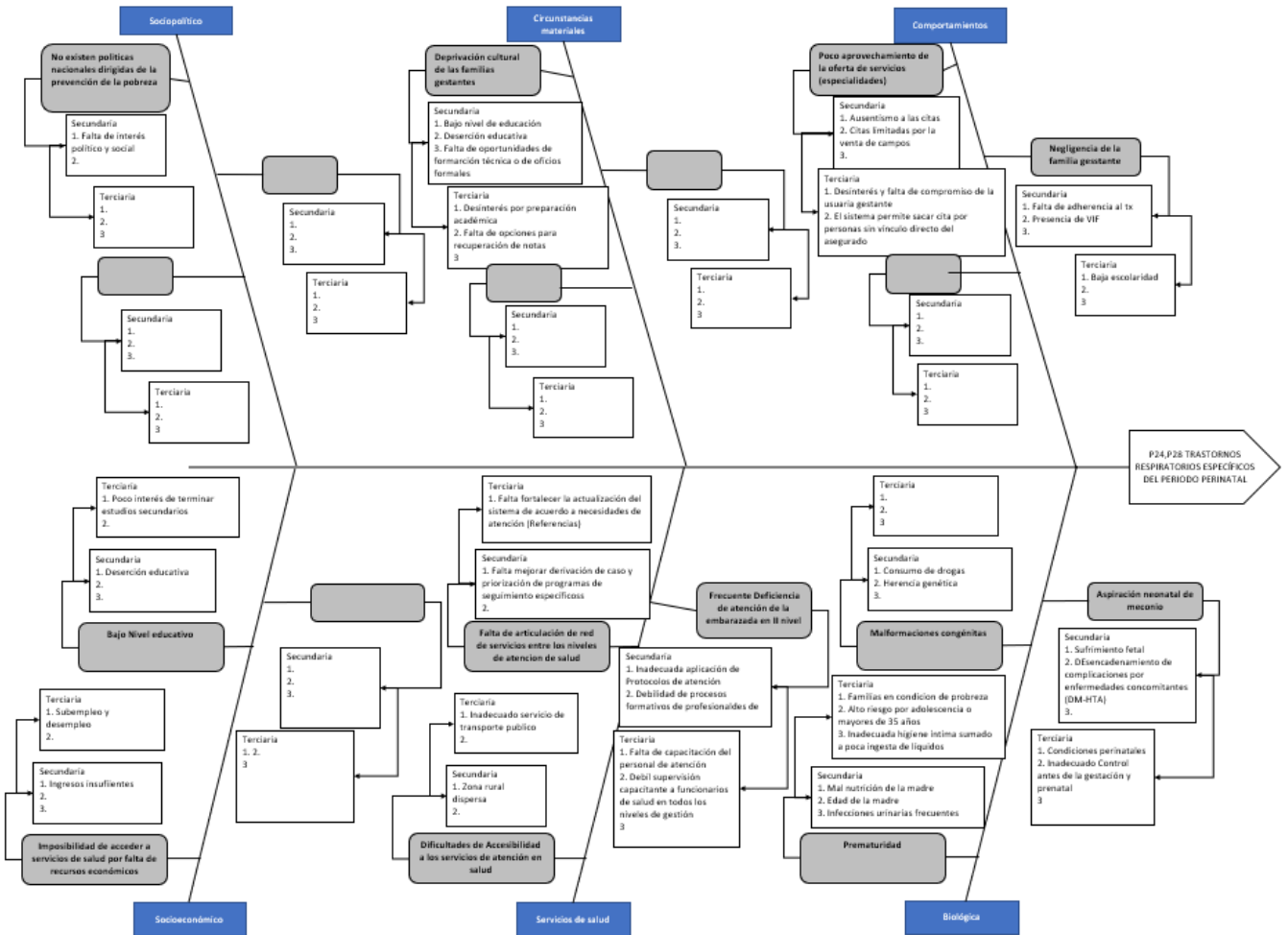
Consolidado de criterios de priorización de los problemas de salud en la comunidad

#	Problema de Salud	Puntaje del participante												Total
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	
1	Desempleo	13	10	15	10	14	14	13	13	10	14	11	15	152
2	Inseguridad	12	14	11	11	14	12	10	12	9	15	14	15	149
3	Insuficiencia renal	14	13	5	13	12	12	11	7	9	14	12	15	137
4	Drogas y alcoholismo en la población joven y adulta	10	11	11	9	12	15	11	9	10	12	11	15	136
5	Educación de los jóvenes (Juegos violentos, no estudio, no trabajo y falta de respeto)	11	11	12	9	10	14	10	8	10	13	11	10	129
6	Diabetes	14	15	12	11	7	14	12	11	6	10	7	8	127
7	Hipertensión	14	14	12	11	7	14	12	10	5	10	7	8	124
8	Depresión (Problemas de salud mental)	12	15	8	12	12	12	10	7	5	9	7	12	121
9	Problemas con recolección de desechos y reciclaje	7	9	5	8	9	15	10	14	5	12	14	7	115
10	Aguas residuales	5	10	5	10	9	5	13	6	8	10	6	10	97



Anexo 8

Diagrama Causa-Efecto o Ishikawa





Anexo 9

Criterios de priorización para las causas raíz

Criterios de priorización	Peso
1. Nivel de influencia <i>Según su conocimiento en el tema, la influencia de esta causa raíz en el problema de salud:</i>	
No está definida puesto que no se conoce evidencia que indique su influencia directa	3
No se tiene evidencia que la influencia sea directa, pero se identifica un nivel de influencia medio.	7
Se ha establecido en la evidencia una influencia directa	10
2. Nivel de importancia <i>El nivel de importancia del abordaje de esta causa en la comunidad es</i>	
<i>El nivel de importancia del abordaje de esta causa en su comunidad de influencia es:</i>	
Baja	1
Media	3
Alta	5
3. Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz: ¿Qué nivel de incidencia tiene las instituciones que existen en la comunidad para el abordaje de la causa raíz	
Incidencia baja	3
Incidencia media	7
Incidencia alta	10



Anexo 10

Plantilla Pareto para la priorización de las causas raíz

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz
Factores Sociopolíticos	1.2	No existe una eficiente recaudación de impuestos	7	5	10
Comportamiento	4.2	Falta de involucramiento social	10	5	7
Factores Sociopolíticos	1.1	Limitada actuación del gobierno local (no se desarrollan pro	10	5	7
Circunstancias materiales de vida	5.1	Baja oferta de empleo	10	5	7
Factores Biologicos	3.1	Falta programas de apoyo en formación para personas con	7	5	7
Comportamiento	4.1	Consumo lícito e ilícito de sustancias	7	5	7
Comportamiento	4.3	No hay manejo de límites en las familias	7	5	7
Circunstancias materiales de vida	5.3	Inexistencia de transporte público para el traslado de zonas	7	5	7
Circunstancias materiales de vida	5.2	Renuencia a cambios en el estilo y modo de vida fácil y cómodo	10	3	7
Factores Socioeconomicos	2.2	Aumento del empleo informal	10	5	3
Factores Socioeconomicos	2.3	Bajo nivel educacional	10	5	3
Servicios de Salud	6.1	Ausencia de grupos organizados que promuevan la salud int	7	3	7
Factores Sociopolíticos	1.3	Oferta laboral no es equitativa con la oferta académica en	7	5	3
Factores Socioeconomicos	2.1	Insatisfacción de necesidades básicas	7	5	3
Servicios de Salud	6.2	No hay divulgación de beneficios y coberturas del sistema d	7	5	3
Factores Biologicos	3.2				
Factores Biologicos	3.3				
Servicios de Salud	6.3				



Anexo 11

Plantilla de identificación de factor de protección y líneas de acción

Problema de Salud	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES				
Dimensión	Causa Raíz 5 primeros resultados del PARETO	Factor protector R: ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción R: ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener,	Actor responsable R: ¿Cuál es el	Actor colaborador R: ¿Qué actor o actores pueden
Comportamiento	Consumo activo o pasivo de tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas.	No fumado ni exposición al humo, no ingesta en exceso de bebidas alcohólicas ni consumo de otras drogas	Vigilar cumplimiento de la Ley 9028- No fumado- en establecimientos	MINISTERIO DE SALUD	MUNICIPALIDAD
			Actividades educativas para la prevención de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en centros educativos	IAFA, MEP, PANI, FUERZA PUBLICA, EISAA	MUNICIPALIDAD
			Promover y ejecutar los programas y clínicas de cesación de fumado.	IAFA, CCSS, FUERZA PUBLICA	MUNICIPALIDAD
	Personas con estilos de vida no saludables	Población con estilos de vida saludables	Promover la actividad física en centros de trabajo, comunidad y familia	RECAFIS	Ministerio de Trabajo
			Ejecutar actividades interinstitucionales de tipo recreativas y deportivas en parques	RECAFIS	Municipalidad, ADIS
			Fortalecimiento de Comités de Recreación y deportes	ICODER, Comité cantonal de deportes y recreación.	Municipalidad, ADIS



ASIS Cañas

176

Anexo 12

Fotografías de los talleres con actores sociales claves





ASIS Cañas

