

**Universidad de Costa Rica**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Salud Pública**  
**Licenciatura en Promoción de la Salud**

**Trabajo Final de Graduación**  
**Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud**

**“Planificación Estratégica para la Promoción de la Salud en los Centros de  
Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”**

**Bach. Georgia Araya Orozco**

**Carné: A40381**

**Bach. Jessi Tenorio Villalobos**

**Carné: A54813**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Brenes**

**San José**

**2015**



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA



Escuela de  
Salud Pública

**ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 04-2015**

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 30 de julio 2015, a las 2:00 p.m. con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de:

SUSTENTANTE(S)	CARNE	AÑO DE EGRESO
Jessi Tenorio Villalobos	A54813	2012
Giorgia Araya Orozco	A40381	2012

Quien(es) se acoge(n) al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Tesis**, para optar al grado de **Licenciatura en Promoción de la Salud**.

El Tribunal Examinador está integrado por:

<b>Dr. Mauricio Vargas Fuentes</b>	Presidente (a)
<b>M.Sc. Pilar Meléndez Chanto</b>	Profesor (a) Invitado (a)
<b>M.Sc. Gabriela Murillo Sancho</b>	Director (a) T.F.G.
<b>M.Sc. Sergio Iván Vega Mayorga</b>	Miembro del Comité Asesor
<b>Licda. Viria Ureña Salazar</b>	Miembro del Comité Asesor

**ARTICULO I**

La persona que preside el acto informa que el expediente de la (s) persona (s) postulante (s) contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple (n) con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda (n) hacer la exposición



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA



## ARTICULO II

La(s) persona(s) postulante(s) realiza(n) la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:

“Planificación Estratégica en Promoción de la Salud y funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”

## ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador realiza las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

## ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (X) NO APROBADO ( )

Observaciones: 1. Revisión filológica y ordenamiento del documento 2. Profundizar el marco metodológico y las conclusiones y recomendaciones 3. Revisar la propuesta de plan estratégico



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

Facultad de  
Medicina



Escuela de  
Salud Pública

### ARTICULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador le comunica al postulante (o postulantes) el resultado de la deliberación y si éste es aprobatorio lo (s) declara acreedor (es) al **grado de Licenciatura en Promoción de la Salud**.

Se le indica que tiene 30 días hábiles para la presentación de los ejemplares en su versión final, conforme lo estipula el Artículo 36 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Adicionalmente se le informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será (n) oportunamente convocado (s).

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el (los) Postulante (s). A las 15:40 se levanta la sesión en \_\_\_\_\_

**Nombre:**

Gabriela Huvello Sanchez

Umar Uman

Sergio Irán Vega Moya

Pilar Malendez Chento

Adriana Velez Fuentes

**Firma:**

[Firma]

[Firma]

[Firma]

[Firma]

[Firma]

**Estudiante (s)**

[Firma]

[Firma]

**Alguna otra observación**

Cc: Oficina de Registro  
Expediente  
Postulantes

SELLO

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido de la presente obra por cualquier medio existente, sean electrónicos o mecánicos, sin el consentimiento previo y escrito de las autoras.

## **Dedicatoria**

Este trabajo de investigación está dedicado primeramente a Dios porque Él nos permitió iniciar y finalizar el proceso de forma satisfactoria, fue el que nos dio fuerzas para continuar y concluir.

También dedicamos este trabajo a nuestras familias que siempre nos apoyaron en todo el proceso de manera continua y amorosa.

## Agradecimientos

Agradecemos primero a Dios que estuvo con nosotras fortaleciéndonos y cuidándonos durante todo el proceso de nuestro trabajo de investigación, a nuestras familias que nos apoyaron incondicionalmente en todo momento, creyendo siempre en nosotras y en el fruto de nuestro trabajo.

Por otra parte agradecemos de forma especial a nuestra Directora de tesis MSc. Gabriela Murillo Sancho, por el constante empuje y apoyo que nos brindó en todo el proceso y por los aportes tan valiosos que nos hizo a nuestro trabajo.

Agradecemos también al grupo docente de los tres CAIPAD de San Ramón El Sol Brilla para Todos, de Naranjo Talita Cumi y de Heredia ACEFOPAVAS, por el apoyo, la participación activa, la información y los aportes brindados.

Por último agradecemos a nuestros compañeros de carrera Roosevelt Gómez Oviedo y Katherine Gamboa Hidalgo por impulsarnos a seguir con el trabajo realizado durante el plan formativo de carrera en el CAIPAD de Paso Ancho en Desamparados, para incorporar en los CAIPAD la planificación estratégica desde la promoción de la salud.

## Ficha Bibliográfica

Autoras: Araya Orozco Georgia

Tenorio Villalobos Jessi

Tutora: Murillo Sancho Gabriela

Título: “Planificación Estratégica para la Promoción de la Salud en los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”

Tesis para optar por el grado de **Licenciatura en Promoción de la Salud**

## Índice General

	Páginas
<b>CAPITULO</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
Justificación.....	2
Delimitación del problema.....	7
Objetivos.....	8
Objetivo general: .....	8
Objetivos específicos:.....	8
Antecedentes .....	9
1.1.    Antecedentes sobre discapacidad.....	9
1.2.    Educación para adultos con discapacidad en Costa Rica .....	11
Estudios similares .....	12
Marco legal de la discapacidad en Costa Rica .....	14
Diagnóstico .....	17
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	19
2.1.    Salud .....	19
2.2.    Determinantes Sociales de la Salud .....	20
2.3.    Promoción de la salud.....	22
2.4.    La salud en las personas con discapacidad .....	27

2.5.	Adulter y discapacidad .....	28
2.6.	Tipos de Discapacidad .....	29
2.7.	La promoción de la salud ante la discapacidad.....	31
2.8.	Modelos Educativos para personas adultas con discapacidad .....	32
2.9.	Planificación Estratégica y Promoción de la Salud .....	31
2.10.	Diseño de Planes en Promoción de la Salud.....	36
2.11.	Evaluación de planes en promoción de la salud .....	38
2.12.	Análisis Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) .....	39
2.13.	Marco legal .....	40

### **CAPITULO III**

MARCO METODOLOGICO.....	46
3.1. Tipo de Estudio.....	46
3.2. Diseño Investigación Acción Participativa.....	46
3.3. Método, técnicas e instrumentos de recolección .....	48
3.4. Contextualización de los CAIPAD e instituciones relacionadas.....	50
3.4.1. Ministerio de Educación Pública y CAIPAD .....	50
3.4.2. Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD).....	50
3.5. Características de la población de estudio .....	54
3.6. Muestra .....	54
3.7. Planteamiento de Garantía Ética .....	54
3.8. Limitaciones y Facilidades del desarrollo de la Investigación.....	55

## **CAPITULO IV**

<b>DESARROLLO</b> .....	<b>57</b>
4.1. Factores externos e internos que inciden en la Promoción de la Salud de los CAIPAD.....	<b>58</b>
4.2. Participación en el diseño de Planes Estratégicos en Promoción de la Salud.....	<b>84</b>
4.3. Estrategias en Promoción de la Salud.....	<b>92</b>
4.4. Lineamientos generales para estandarización del funcionamiento de los CAIPAD.....	<b>95</b>
4.5. Elementos básicos requeridos en los CAIPAD para el planteamiento de una planificación estratégica que incorpore como núcleo central a la promoción de la salud.....	<b>101</b>

## **CAPITULO VI**

<b>CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>104</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>107</b>

## **ANEXOS**

<b>Anexos</b> .....	<b>117</b>
Anexo I: Instrumento para el Diagnóstico dirigido a los Funcionarios de los CAIPAD	<b>118</b>
Anexo II: Instrumento para el Diagnóstico dirigido a los Funcionarios del MEP.....	<b>122</b>
Anexo III: Instrumento para el Pre-diagnóstico dirigido a los Funcionarios del CNREE .....	<b>125</b>
Anexo IV: Cuadro N° 2: Guía de Observaciones No Participante .....	<b>128</b>

Anexo V: Cuadro N°.3:Guía para el Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud .....	129
Anexo VI: Cuadro N° 4: Guía para el Análisis FODA.....	130
Anexo VII: Cuadro N° 5: Resultado del Análisis FODA.....	131
Anexo VIII: Cuadro N. 6: Listado Total de los CAIPAD a nivel Nacional .....	132
Anexo IX: Cuadro N°7: Cronograma de Trabajo .....	137
Anexo X: Cuadro N 8: “Cuadro de Categorías y Variables” .....	140
Anexo XI: Propuesta Inicial de Plan Estratégico .....	158

## **Índice de Figuras**

Figura N° 1.....	58
------------------	----

## **Índice de Cuadros**

Cuadro N°1: Etapas de la Planificación Estratégica.....	37
Cuadro N° 2: Guía de Observación No Participante.....	128
Cuadro N°3: Guía para el Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud.....	129
Cuadro N°4: Guía para el Análisis FODA .....	130
Cuadro N°5: Resultado del Análisis FODA.....	131
Cuadro N°6: Listado Total de los CAIPAD a Nivel Nacional .....	132
Cuadro N°7: Cronograma de Trabajo .....	137
Cuadro N°8: Cuadro de Variables y Categorías.....	140
Cuadro N°9: Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenaza.....	206
Cuadro N° 10 Proyectos del Programa.....	218

## Índice de Abreviaturas

AFIACE: Asociación para la Formación Integral del Adulto con Capacidades Especiales.

APRIOPEDA: Asociación Pro Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad del Cantón de Acosta y comunidades vecinas.

ACEFOPAVAS: Asociación Centro de Formación Integral para el Desarrollo Socio-Productivo de Personas con Discapacidad de Pavas.

ACIOSA: Asociación Centro de Integración Ocupacional y Servicios Afines.

APNAE: Asociación Pro-Niño, Adolescente y Adulto Excepcional.

ACOCONE: Asociación Comunitaria de Coronado para Personas con Necesidades Especiales

ASCOPA: Asociación Costarricense de Padres y Amigos de Personas con Autismo.

ACOPECONE: Asociación Costarricense de Personas Excepcionales con Necesidades Especiales.

ASODEPA: Asociación de Desarrollo Educativo de Paraíso.

APRODISA: Asociación Pro Personas Discapacitadas de Atenas.

ASADIS: Asociación Sarchiseña de Discapacitados.

ATAICA: Asociación Taller de Atención Integral y Capacitación.

ATPA: Asociación Taller Protegido de Alajuela.

AYUMISANCA: Asociación de Ayuda al Minusválido de San Carlos.

APEDISUPA: Asociación de Personas con Discapacidad de Upala.

ASOPAFAM: Asociación de Padres de Familia y Amigos de la Persona con Discapacidad de Pérez Zeledón y Buenos Aires.

AYA: Acueductos y Alcantarillados.

ANPREMF: Asociación Nacional Pro Enfermo Mental y Familia

CAIPAD: Centro de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad.

CENARE: Centro Nacional de Rehabilitación.

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.  
CNAREC: Centro Nacional de Recursos para la Educación Inclusiva.  
CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.  
CAJANE: Asociación Abriendo Camino, CAIPAD Paso Ancho.  
DECDOP: Departamento de Centros Docentes Privados.  
DEE: Departamento de Educación Especial.  
DSS: Determinantes Sociales de la Salud.  
FUNADIS: Fundación de Atención al Adulto con Discapacidad Múltiple.  
FUNDAE: Fundación Amor y Esperanza.  
FUNPROJOPACE: Fundación Pro Jóvenes con Parálisis Cerebral para la Personas Adultas con Discapacidad.  
INA: Instituto Nacional de Aprendizaje.  
ICE: Instituto Costarricense de Electricidad.  
IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social.  
JICA: Agencia de Cooperación Internacional del Japón.  
JPS: Junta de Protección Social.  
MEP: Ministerio de Educación Pública  
MINSAL: Ministerio de Salud.  
PE: Planificación Estratégica.  
PS: Promoción de la Salud.  
ONG: Organización No Gubernamental.  
TUASA: Transportes Unidos Alajuelenses Sociedad Anónima.  
UNA: Universidad Nacional

## Resumen

El presente trabajo de graduación, modalidad de Tesis, se realizó en los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD) de San Ramón, Naranjo y Heredia, a raíz de la necesidad sentida durante un curso lectivo de nuestra carrera en el cual conocimos de la situación de los CAIPAD al trabajar en el centro de Desamparados de Paso Ancho, Asociación Abriendo Camino – CAJANE, en donde se observó la necesidad de incluir el enfoque de Promoción de la salud a través de la planificación estratégica para mejorar el funcionamiento y potenciar el desarrollo de temas de salud en los centros.

Se trabajó con la población docente de cada CAIPAD, por medio de metodología Acción Investigación Participativa (IAP), durante la cual realizamos talleres participativos, entrevistas semiestructuradas, observación participante y no participante, aplicación de instrumentos, análisis desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud y análisis FODA; a partir de estas técnicas, identifiqué diferentes necesidades las cuales se abordaron con un plan estratégico en promoción de la salud, en el que se propone un programa y proyecto que puedan solventar dichas necesidades.

## CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación modalidad Tesis, expone de forma concisa una propuesta innovadora de planificación estratégica desde la promoción de la salud dentro de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD), lo que nos llevó a analizar que las estrategias en promoción de la salud, según el tipo de escenario donde se implementen, permiten en conjunto con la población de profesionales, instituciones y padres de familia o encargados, trabajar para mejorar la dinámica cotidiana de su funcionamiento. La propuesta mencionada puede verse en detalle en el Anexo XI.

En materia de Promoción de la Salud, son necesarios componentes que permitan aplicar mecanismos que posibiliten trabajar con diferentes agentes para mejorar la salud de la población, algunos de dichos componentes son: generar pequeños cambios, pero profundos para la mayoría o totalidad de una población específica y trabajar en espacios con especificidades que generen un impacto más focalizado. Es importante considerar que en el marco de intervenciones de la salud deben hacerse presentes características como la complejidad, acciones de tipo participativas, sostenibilidad en el tiempo, integralidad y adaptabilidad a las particularidades del escenario donde se desarrolle. Los CAIPAD muestran algunas de estas características, por lo que permiten el enriquecimiento en cuanto a retos y destrezas para lograr el objetivo principal del trabajo, el cual es realizar una propuesta de un Plan Estratégico en Promoción de la Salud dentro de los centros, que permita el mejoramiento del funcionamiento con la inclusión de ejes o lineamientos generales de Promoción de la salud.

Dentro del trabajo se presenta un recorrido del engranaje de las problemáticas identificadas, con el planteamiento de insumos teóricos y los pasos que se llevaron a cabo para la conformación del documento, donde se muestran sus resultados y aportes. Se abordan principalmente conceptos claves e importantes para un mejor entendimiento y vinculación

de la temática, como: la salud, discapacidad, promoción de la salud, planificación estratégica, diseño de planes, evaluación de planes en promoción de la salud y la promoción de la salud ante la discapacidad, entre otros. Se muestra un compendio de información de estudios anteriores relacionados con el tema, mostrando de un modo amplio lo que se ha hecho y lo faltante en intervenciones de promoción de la salud y la discapacidad. Además resalta la importancia del por qué se debe trabajar dicho tema, a partir de datos que demuestren la realidad actual en cuanto a la población adulta con discapacidad y lo elaborado en el ámbito de salud, así como los resultados principales y relevantes del diagnóstico realizado a los CAIPAD.

Por otro lado, el marco metodológico lleva a la obtención de resultados, construcción de instrumentos, escogencia de técnicas participativas para la recolección de información, así como la definición de herramientas que faciliten el análisis de dicha información, también la caracterización de la población con la cual se trabajó, se definen las principales categorías de análisis así como su plan de análisis; finalmente, en los anexos se presentan los documentos e instrumentos utilizados y los resultados obtenidos, así como el plan estratégico elaborado como resultado de esta investigación. Por último se presentan las referencias bibliográficas consultadas para facilitar al lector el acceso directo a la información utilizada.

## Justificación

A lo largo de la historia, las personas adultas con discapacidad han sido sujetas a diferentes discriminaciones a nivel mundial. En Costa Rica en relación con indicadores que inciden en la calidad de vida y determinan los niveles de pobreza, se tiene que las personas adultas con discapacidad poseen diferentes carencias las cuales, entre otras, se pueden señalar falta de inserción laboral, necesidad de aumentar la cobertura en salud, falta de acceso a servicios sociales y mal acceso físico, lo que demuestra la gran brecha social que existe en la actualidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004).

La cantidad de personas con discapacidad se incrementa cada vez más. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para el año 2011, la población con discapacidad en Costa Rica fue de un 10%. A nivel mundial para el mismo año la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) han presentado unas nuevas estimaciones según las cuales más de 1000 millones de personas experimentan alguna forma de discapacidad. Ambas entidades instan a los gobiernos a ampliar los esfuerzos para facilitar el acceso a los servicios generales y a realizar inversiones en programas especializados que hagan posible que las personas con discapacidades desplieguen plenamente sus posibilidades y derechos. Además, se estima que el número de personas adultas con discapacidad está aumentando aún más, debido al crecimiento mismo de la población, al incremento en la esperanza de vida y en consecuencia, al proceso de envejecimiento que hoy en día enfrenta la población mundial (OMS & BM, 2011).

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda en salud como es la atención, la calidad de servicios y la inserción en programas que mejoren sus condiciones, en comparación con quienes no padecen alguna discapacidad, y además tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera. Se cree que la discapacidad no puede ser considerada exclusivamente desde el modelo biologista, sino que debe abordarse en forma integral y social, con una orientación plural e interdisciplinaria, que tenga presente los cambios que se producen en el perfil de la población (Vázquez & Cáceres, 2008).

Las personas, dependiendo del grado y tipo de discapacidad, pueden experimentar una mayor vulnerabilidad a diferentes enfermedades; algunos estudios indican que las personas con discapacidad tienen una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos como alimentación poco saludable e inactividad física (Vázquez & Cáceres, 2008).

Por otro lado para garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, en nuestro país existen diferentes leyes que los apanan: la Ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, contiene diferentes artículos sobre el derecho a la salud y la educación; la Ley 8661 Aprobación de la Convención sobre los

caso donde solo hay un educador a cargo, esto a raíz de que no cuenta con ayuda económica suficiente para asumir las contrataciones y tampoco cuenta con el apoyo, en este caso del MEP, para que les asignen nuevos profesionales.

Las temáticas que abordan son: laborales, mediante talleres, los cuales se basan principalmente en el ensamblaje de prensas, aspectos de la vida diaria, como saber cómo planchar, cocinar, tender la cama; también se desarrollan habilidades adaptativas de comunicación, recreación, valores e higiene personal, elementos que les permite ser más independientes a los usuarios de los centros. En cuanto al apoyo familiar, comentaban algunos de los directores y directoras, que los padres de familia ven estos lugares como guarderías y no como oportunidades de desarrollo integral para las personas adultas con discapacidad, por lo que consecuentemente, no reciben seguimiento del aprendizaje adquirido en sus hogares; aunque se logró conocer que en un número mínimo de hogares sí se da el apoyo a los usuarios.

Además, de los 15 CAIPAD encuestados para efecto del diagnóstico, solo algunos de ellos expresaban tener una buena relación con la asociación o junta directiva; el mayor número tenía conflictos de relaciones interpersonales, ya que según comentaban, se confunden los roles que le corresponden a cada uno, y a partir de eso se dan roces en cuanto a las prioridades a establecer. Las instituciones que los apoyan, responden que en su totalidad son Ministerio de Educación (MEP), Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y Junta de Protección Social (JPS), por lo cual se puede inferir que falta más participación por parte de instituciones del Estado y comunidades que de forma integral colaboren en muchos aspectos y mejoren el funcionamiento de los centros de forma eficaz y eficiente.

La mayoría de las personas que están en estos centros no logra obtener empleo, ya que no existe la apertura de instituciones, empresas u organizaciones empleadoras de este tipo de población, por otro lado las familias no les permiten trabajar, debido a que manifiestan temor a la discriminación o que les hagan daño; este fue un tema muy importante resaltado

por los entrevistados. Desde este punto de vista la labor de los CAIPAD como institución, no está cumpliendo con el objetivo principal propuesto en función de la formación laboral de personas adultas con discapacidad.

Aunado a lo anterior, ellos mismos establecen que la educación que se brinda es repetitiva, no se incluyen temas innovadores o del gusto de los usuarios, y no hay una verdadera apropiación del conocimiento. Consideran que este tipo de usuario con discapacidad especialmente debe contar con un acompañamiento en el hogar, de manera que lo que se aprenda en el CAIPAD no se olvide.

Otro aspecto importante es que ningún centro trabaja en conjunto con otros; a la consulta de si ellos consideran importante conocer cómo trabajan los demás, 14 responden que sí y uno que no. Comentan que a la hora de asistir a reuniones generales, muchos se quedan extrañados al escuchar la metodología de trabajo utilizada en algunos de los centros, porque a pesar de que los objetivos y plan de trabajo, así como las temáticas son las mismas para todos, según dispone el MEP, en la parte de aplicación varía mucho, por falta de capacitaciones a los profesionales en cuanto a técnicas o metodologías de trabajo y ausencia del equipo base completo, por lo cual hay una ausencia de objetivos y metodologías de trabajo en común.

A partir de estos hallazgos, se evidencia, la importancia de incluir lineamientos generales en promoción de la salud que incluyan el trabajo en equipo, habilidades para la vida, la intersectorialidad, que beneficie el funcionamiento de los centros y satisfaga algunas de las necesidades presentes, además se plantea la posibilidad de realizar una propuesta de una Planificación Estratégica en Promoción de la Salud que incluya los determinantes sociales de la salud como lineamientos que mejoren, a nivel general, el funcionamiento de forma más integral.

## Delimitación del problema

A partir de los resultados y necesidades identificados en el diagnóstico, se concluye que existe una carencia de planificación estratégica en promoción de la salud que permita un mejor funcionamiento en los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad, ya que los programas de atención, normativas y planes de estudio actuales no incluyen una planificación estratégica que potencie la promoción de la salud. Por lo tanto, se plantea que una manera de abordar estas necesidades, es trabajando en planificación estratégica enfocada en promoción de la salud, de tal manera que se atiendan los diversos puntos débiles presentes, así como también las habilidades individuales y colectivas de la población. Un resultado esperado de este proceso es la mejoría en el funcionamiento adecuado de los centros y el posicionamiento de la promoción de la salud como componente clave del plan de estudios de los CAIPAD.

## Objetivos

### Objetivo general:

Determinar los elementos básicos requeridos en los CAIPAD para el desarrollo de una planificación estratégica que incorpore como núcleo central a la promoción de la salud.

### Objetivos específicos:

- Identificar los principales factores externos e internos que inciden en la Promoción de la Salud de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad.
- Impulsar de forma participativa el diseño de los planes estratégicos en Promoción de la Salud, de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad que incluya habilidades para la vida, trabajo en equipo e intersectorialidad.
- Proporcionar lineamientos generales que permitan la estandarización del funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad, en el marco del Plan Estratégico en Promoción de la Salud.

## Antecedentes

### 1.1. Antecedentes sobre discapacidad

A nivel mundial, en relación en el tema de discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estimaban que en el año 1970 la población con discapacidad iba ser de un 10% de la población del mundo, (aproximadamente 650 millones de personas), pero en el 2011 se tiene que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, o sea más del 15% de la población mundial padece algún tipo de discapacidad intelectual, física o sensorial. Si comparamos la estimación que se hizo en 1970 al 2011 se ve un incremento de un 5%, lo que se debe a que al envejecer la población se incrementan las enfermedades crónicas (OMS, 2011).

Estos datos nos permite visualizar la realidad de las personas con discapacidad y la importancia de tratar la problemática en salud, desde la promoción y no tanto desde lo biológica y asistencial. Ello por cuanto las características de la discapacidad están en estrecha relación con las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tránsito, las catástrofes naturales, los conflictos bélicos, los malos hábitos alimentarios y el abuso de sustancias, entre otros (OMS, 2011). Por eso es pertinente trabajar desde el enfoque de los determinantes de la salud que permitan identificar las necesidades desde las dimensiones biológicas, ecológicas, económicas, sociales, de conducta y conciencia para analizar qué prácticas saludables desarrollan los CAIPAD y establecer las estrategias con enfoque de promoción de la salud que mejor se ajusten a las necesidades.

Las personas con discapacidad, constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad en nuestras sociedades. Estigmatizados, tienden a padecer las peores condiciones de pobreza dentro de una población mundial de 1,300 millones de personas que subsisten con menos de un dólar diario. En México, se calcula que hay alrededor de un 10% de ciudadanos y ciudadanas con discapacidad, siendo este colectivo uno de los más rezagados en todos los indicadores sociales. Por ejemplo, más del 60% no finalizó los estudios de primaria. ¿Por qué

se añade la discriminación a la vulnerabilidad social? Porque cuando no existe una sensibilidad especial, las sociedades niegan a las personas con discapacidades físicas o mentales la posibilidad de usar y aumentar sus capacidades; les limita el acceso a la educación, a la salud, al mercado laboral y a los servicios públicos (Sáenz, Acosta, Muiser & Bermúdez, 2011).

Por lo tanto, revertir esta tendencia al olvido, es un asunto de interés público, de hacer realidad los derechos, y de promoción del desarrollo humano donde más falta hace.

Se ha avanzado de manera muy importante en la definición de derechos a nivel internacional, pero es a nivel nacional y local en donde se disfrutan y ejercen las libertades tales como en nuestras ciudades y pueblos, en el trabajo y en la escuela, en los lugares de diversión y encuentro, ante las cortes de justicia y en los hospitales (Compendio de Legislación sobre Discapacidad Marco Internacional, Interamericano y de América Latina, 2011).

Como señala la Convención Internacional de Derechos de la Personas con Discapacidad (2010), es preciso promover el respeto a la dignidad inherente de las personas con discapacidad, la cual es la mejor medida de nuestra propia dignidad. Este gran reto se conseguirá mediante la elaboración de leyes y la puesta en marcha de políticas públicas para mejorar las condiciones en que se desenvuelve este grupo social, iniciando por la eliminación de normas, prácticas y costumbres que discriminan, como absolutamente necesario de acción positiva.

A nivel nacional en el año 2000 la cantidad de personas con discapacidad era de un 5,35%, de quienes 52% eran hombres y 48% mujeres (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2000). En el año 2011 el total de la población con discapacidad fue de alrededor de un 10% donde 48% son hombres y el 52% mujeres (INEC, 2011). Por lo tanto, se observa un incremento significativo de aproximadamente un 4,65% de las personas que tienen alguna discapacidad del año 2000 al 2011.

Además se estima que el número de personas con discapacidad está aumentando debido al crecimiento mismo de la población, al incremento en la esperanza de vida y en consecuencia, al proceso de envejecimiento que hoy en día enfrenta la población mundial,

por lo que cobra importancia la reinserción a la sociedad y un abordaje integral de la salud de estas personas; en Costa Rica más de dos mil personas tienen alguna discapacidad (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2012).

En la población con discapacidad, entre los indicadores relevantes que inciden en su calidad de vida se encuentran los peores resultados sanitarios, menor participación académica, menor participación económica, tasas más altas de pobreza y mayor dependencia y participación limitada (OMS, 2011).

## 1.2. Educación para adultos con discapacidad en Costa Rica

Los servicios de educación especial existen desde la década de los años cuarenta del Siglo XX. Estos se encuentran íntimamente ligados al desarrollo educativo de los estudiantes con discapacidad de manera inclusiva en el sistema educativo regular.

La educación especial tiene el reto de crear mayores espacios de participación de una manera técnicamente adecuada y sostenida, en la formación de docentes como de personal administrativo, debido a que desempeña un papel preponderante para garantizar el respeto de los derechos de acceso a la educación de las niñas, niños, adolescentes y adultos con discapacidad (OPS, 2004). Derecho vigente en el capítulo I del Título II de la Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y siendo el MEP rector de esta iniciativa (1996).

Algunos servicios de educación especial son: Centros de educación especial (atención directa, apoyo fijo y apoyo itinerante), Educación preescolar (apoyo fijo), I y II ciclo (apoyo fijo y apoyo itinerante), Aula integrada (retardo mental, sordos y discapacidad múltiple), III y IV ciclo Diversificado de la educación especial (III ciclo y diversificado) y Socio laboral para adultos (MEP, 2002).

La educación socio laboral para adultos, es la impartida por los CAIPAD, en el 2006 había 21 centros, en la actualidad esta cifra ha aumentado a 29.

Según el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, los CAIPAD deben cubrir aproximadamente un 90% de las regiones educativas. Estos centros responden al artículo

número 25 de la Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, en la cual se plantea la capacitación de personas mayores de 18 años que por diferentes condiciones o situaciones de exclusión y marginación, no hayan tenido acceso a la educación y carezcan de formación laboral (OPS, 2004).

## Estudios similares

En cuanto a estudios similares relacionados con los CAIPAD y con personas adultas con discapacidad, se tiene conocimiento de:

1. Evaluación del Programa CAIPAD, realizada en el 2012 por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE).
2. Sistematización sobre el Encuentro CAIPAD: Por un derecho a la educación de personas adultas con discapacidad, estudios realizados por el CNREE el 10 de octubre del 2012.
3. Orientaciones Técnicas para la Implementación de Plan de Estudios de Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD), realizado en el 2013.

Estos estudios se dieron por interés del CNREE para promover el diálogo y análisis entre los diferentes actores que intervienen en el desarrollo del programa CAIPAD, para proponer acciones de mejora que conduzca a la oferta de servicios de calidad a este sector de la población con discapacidad. El CNREE junto al Comité de Información de las Organizaciones de personas con Discapacidad (COINDIS) y el MEP, proponen el desarrollo de una evaluación del programa que conduzca a valorar los resultados del programa y a proponer acciones de mejora.

El programa de los CAIPAD propone una atención integral para personas adultas con discapacidad, que incluye una serie de contenidos para mejorar las habilidades ocupacionales y sociales, como también destrezas útiles para el desempeño cotidiano; por lo tanto, se trabajan áreas como vida diaria, personal, social, ocupación básica, académica funcional y

formación laboral y se desarrolla por medio modalidades de atención: modalidad A y la B, que son grupos de personas con habilidades más desarrolladas previamente y personas que no las tiene tan desarrolladas.

La Evaluación del Programa de los CAIPAD, la realizó en el 2012 el CNREE desde el departamento de la Unidad de Promoción y Desarrollo de Servicios para personas con discapacidad, del cual surgió la necesidad estratégica de promover acciones de mejora, a partir de sus 12 años de funcionamiento y de cara a la necesidades de la población objetivo; esto aunado a la necesidad de revisar la estructura organizativa en la cual se encuentra inserto, de allí que la evaluación pretendía ofrecer información relevante para la mejora continua y la toma de decisiones. Se evaluaron indicadores como la pertinencia, eficiencia, eficacia y complementariedad del programa (Barrantes& Gamboa, 2012).

En cuanto a la sistematización es el resultado del encuentro CAIPAD 2012, organizado por la Unidad de Promoción y Desarrollo de Servicios del CNREE, el cual contó con la participación de organizaciones no gubernamentales, representantes de las Juntas Directivas, docentes, usuarios de los centros y representantes de instituciones como el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), Consejo de Persona Joven y MEP. La finalidad era determinar debilidades y fortalezas de los CAIPAD, la ubicación y cantidad de centros por regiones a nivel nacional, fundamentos legales, administrativos y pedagógicos de la propuesta CAIPAD, apoyo interinstitucional, oferta y demanda de servicios, necesidades internas y externas, entre otros aspectos. También se realizó un conversatorio con autoridades de las instituciones anteriormente mencionadas, para proponer mejoras a largo y corto plazo (Bolaños& Cascante, 2012).

Otro estudio similar es el de “Orientaciones Técnicas para la Implementación de Plan de Estudios de Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad CAIPAD” del CNREE, el cual junto al Comité de Información como representante de las Organizaciones No gubernamentales y MEP, propusieron en el año 2013 el desarrollo de una evaluación de los CAIPAD.

Además, se propuso promover un diálogo y análisis entre diferentes actores que intervienen en el desarrollo de los CAIPAD, con la finalidad de que los resultados y las recomendaciones de mejora que se obtuvieron, fueran el fruto de una construcción colectiva y logaran sostenibilidad en el tiempo, por el compromiso adquirido en el proceso.

Durante el desarrollo de la evaluación se plantearon dos desafíos: el análisis del plan de estudios y el modelo de gestión organizativa; en este estudio se recoge una serie de propuestas de mejora, de cara a ambos desafíos, se exponen conceptos claves, herramientas, instrumentos que pretenden ser referencia de orientación en el trabajo cotidiano que une a las y los miembros de las organizaciones, docentes, familiares, instituciones del Estado, para ofrecer mejores oportunidades de desarrollo a las personas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados.

Como bien lo dice el título del estudio, son orientaciones básicas, no pretenden ser exhaustivas, sino homogeneizar procesos, que no limiten la creatividad e innovación en el equipo de trabajo, de ahí la importancia de que este estudio se utilice como material de consulta y de orientación para construir desde los saberes de las comunidades donde estén localizados cada uno de los CAIPAD y las experiencias más exitosas para la participación de las personas con discapacidad en la vida familiar y comunal (Orientaciones técnicas para la implementación de plan de estudios de Centros de Atención Integral de Personas Adultas con Discapacidad, 2013).

## Marco legal de la discapacidad en Costa Rica

Visibilizar a las y los costarricenses con discapacidad respecto del conjunto general de la población nacional, o de variables como la condición de vivienda, actividad económica, nivel de ingreso, acceso a servicios básicos y capacidad de organización, trasciende la frontera demográfica y censal para convertirse en un factor estratégico para su desarrollo humano.

Si bien la discapacidad se refleja con cierta frecuencia en las Encuestas de hogares y propósitos múltiples que anualmente realiza el INEC la inclusión por primera vez de un módulo específico sobre la discapacidad en el Censo del año 2000, es un hecho sin precedentes y a la vez se constituye en un medio científico idóneo para la objetiva definición y evaluación del impacto de las políticas públicas orientadas a la promoción de su igualdad de oportunidades (INEC, 2000).

La promulgación en el año 2001 de las políticas nacionales en discapacidad por parte del CNREE y las Políticas Nacionales de Salud 2002-2006 donde se define un área de intervención con estrategias claras, se constituyen en un esfuerzo por direccionar los procesos de formulación, deliberación, decisión y ejecución de las políticas públicas, orientadas hacia la población con discapacidad. Estas se amparan en los principios de: igualdad de oportunidades, no discriminación, participación, autonomía personal y accesibilidad (OPS, 2004).

La discusión, definición y ejecución de políticas públicas incluyentes, que reconozcan las diferentes necesidades y requerimientos específicos de los diversos grupos de la población, se constituyen en un parámetro de investigación para la evaluación de la situación actual en función del reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en Costa Rica, tan importante como el análisis del nivel de su ejecución, para proyectar su desarrollo. En las políticas nacionales de salud 2002-2006 se aprecia un esfuerzo del sector salud por priorizar el abordaje de los grupos postergados (OPS, 2004).

La Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, la incorporación de la variable, en los estudios técnicos del Estado y en el Censo Nacional del año 2000, en la formulación de estrategias de múltiples instituciones del Estado mediante comisiones interinstitucionales y normas dictadas para la incorporación del tema en la formulación de los presupuestos públicos para el cumplimiento de las disposiciones de la Ley 7600, así como en los Planes Nacionales de Desarrollo a partir de 1994, en los presupuestos municipales para la creación de rubros para la adecuación de infraestructura a

partir del 2000; son indicadores inequívocos de la visibilización de la reivindicación del estatus de ciudadanía de las personas con discapacidad y de una orientación del aparato burocrático hacia el reconocimiento de la ciudadanía de las personas con discapacidad.

En este sentido, es claro que la discapacidad, siendo una condición humana de origen multicausal, ya sea por condición genética, pobreza, desnutrición e inadecuados hábitos de salud e higiene, enfermedad o accidente laboral, deportivo, recreativo y de tránsito, contaminación ambiental, violencia política, social y estructural, entre otros, no debe ser discriminada por razón de género, estrato social, etnia, religión, nivel educativo o de ingresos (OPS, 2004).

El proceso de reestructuración que inician el Estado y la sociedad costarricenses a partir de la promulgación de la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, número 7600 del 29 de mayo de 1996 y su reglamento, vigente desde el 20 de abril de 1998 mediante decreto ejecutivo N° 26831-MEP; por mucho ha sido dificultoso, caracterizándose por negligentes omisiones y violaciones a los plazos establecidos para la adaptación de los servicios públicos orientados hacia la satisfacción de las demandas de la población con discapacidad.

El inicio de procesos de formulación de políticas públicas inclusivas en las instituciones del Estado costarricense, se remonta al año de 1987 y se encuentra inmerso en la obligatoriedad del aparato estatal, de crear las condiciones estructurales necesarias para evitar la exclusión y la discriminación en la prestación accesible y adecuada de sus servicios (OPS, 2004).

En Costa Rica el enfoque sobre la discapacidad se ha venido transformando en el transcurso de los años, como en el resto de países de la región, pasando de un enfoque meramente asistencialista, hacia uno más integral, fundamentado en la promoción de los derechos humanos y la participación ciudadana de las personas con discapacidad.

## Diagnóstico

Para el desarrollo de este trabajo de investigación, se realizó un pre-diagnóstico con el fin conocer la situación de los CAIPAD. Dicho diagnóstico consistió en vislumbrar la situación en la que se encuentran los centros, por medio de un análisis documental y entrevistas a quince docentes de los diferentes CAIPAD y funcionarios del MEP, específicamente de los Departamentos de Educación Especial (DEE) y Departamentos de Centros Docentes Privados (DECDOP), y del CNREE.

En cuanto a las entrevistas, se trabajó con tres instrumentos que contenían preguntas abiertas y cerradas, las cuales contemplaban las siguientes variables: cantidad de trabajadores, profesiones de los trabajadores, cantidad de usuarios, edades de los usuarios, objetivos que trabaja el CAIPAD, metodología, temáticas que abordan, temas en salud que abordan, prácticas de actividades participativas, conocimiento sobre la Promoción de la Salud, promoción de la actividad física, temas que deben abordar para la población con discapacidad, importancia de conocer sobre el funcionamiento de otros CAIPAD, interdisciplinaridad e interinstitucionalidad, instituciones colaboradoras, objetivos cumplidos, la relación entre la junta directiva y educadores, factores que han mejorado, tipo de ayuda institucional y la contratación de los educadores (Ver anexo I, II y III) .

Las principales necesidades que arrojó el diagnóstico son:

- Ausencia de un objetivo, programa o plan de trabajo que especifique la forma adecuada en la cual deben trabajar los CAIPAD. El MEP les da un plan de estudio que aborda las Habilidades Adaptivas, pero este no indica qué actividades deben realizar; los CAIPAD trabajan de forma diferente, no unificada.
- Falta de comunicación y distribución de los roles, entre la junta directiva y el equipo base. Esto en algunos casos provoca conflictos entre las partes.
- Falta de una trabajo interinstitucional entre las instituciones que deben apoyar a los CAIPAD.

- Necesidades de recurso humano, material y económico. En cuanto al recurso económico y material cada CAIPAD debe conseguir su propio recurso el cual en muchos casos no cubre sus necesidades. El recurso humano es pagado por el MEP, pero en muchos casos este no está completo ya que no poseen el suficiente presupuesto para pagar al equipo de trabajo que los CAIPAD requieren. La falta del equipo base completo conlleva a que se les recarga el trabajo a los pocos profesionales que lo conforman.
- Ausencia de un abordaje en promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que los usuarios experimentan enfermedades, muchas de las cuales son crónicas, y en los centros no se hace un abordaje integral de las mismas.
- Falta de apoyo de los padres con los educadores de los centros, a los que ven como guarderías o escuelitas donde los usuarios solo van a jugar; algunas directoras comentan que esta situación dificulta aún más el trabajo en equipo y el cumplimiento de la propuesta de atención, ya que no se tiene el apoyo necesario y la práctica y el seguimiento de los aprendizajes en los hogares es casi nula.
- Falta de un involucramiento comunitario e institucional, aquellos centros que cuentan con este apoyo brindan una atención más integral.
- Falta de conocimiento por parte de los encargados de los CAIPAD para solicitar ayuda a las instituciones que los pueden ayudar con recurso económico, humano y capacitaciones.

## CAPITULO II

### MARCO CONCEPTUAL

#### 2.1. Salud

A lo largo de la historia el concepto de salud ha ido evolucionando, dejando atrás el enfoque biológico y de enfermedad, que no deja de ser importante pero sí insuficiente para un abordaje adecuado en salud. En la actualidad se trata de modo más integral y complejo, y no solo se concibe como la ausencia de la enfermedad y se analiza al ser humano en su entorno y comportamientos.

Se puede definir la salud como un concepto dinámico, varía según la población a la cual va enfocado, trasciende de manera cambiante, en la que confluyen otros procesos biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales, que se relacionan directamente con el entorno inmediato de las personas y su convivencia (Perea, 2004).

La salud es un derecho de todos los seres humano. Por lo tanto, la atención de las personas con discapacidad desde el nuevo concepto de salud, debe incorporar el análisis integral desde los determinaste sociales de la salud (Márquez, 2002). La salud de las personas con discapacidad no se mejora solamente con la asistencia hospitalaria sino teniendo en consideración el entorno donde estas personas se desarrollen y logren mejorar su calidad de vida, a partir de la satisfacción de sus necesidades básicas.

Se han planteado diferentes enfoques teóricos para conocer sobre la situación de la salud de las personas, en el siguiente apartado se expone algunos de ellos:

## 2.2. Determinantes sociales de la salud

En 1974, Marc Lalonde, propone un modelo para el análisis de los determinantes sociales de la salud donde incluye diferentes elementos: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema de asistencia sanitaria.

Según Lalonde (1992: 31-32): Biología humana: incluye los aspectos de la salud tanto física y mental, es lo que se desarrolla en el cuerpo humano como consecuencia de la biología perteneciente al individuo, se incluye la genética y los procesos de envejecimiento entre otros. Medio ambiente: son esas situaciones relacionadas con la salud que son externas al cuerpo humano y de las cuales el individuo tiene poco o ningún control. Estilo de vida: son las decisiones que toma una persona para su salud. Son decisiones personales y hábitos buenos o malos para la salud. Sistema de asistencia sanitaria: Consiste en la prestación del servicio sanitario.

Esta propuesta establecida en Canadá dio efectos positivos, se comprobó que las enfermedades causadas por los malos estilos de vida, repercutían en gran parte en el costo económico de la salud. Por lo cual se incentivó más a la educación y la prevención (Lalonde, 1974).

Castellanos (1991), propone que la situación de salud de la población está relacionada con su modo de vida. Considera que se puede identificar brechas de salud mediante la utilización de perfiles diferentes, en los que se articulen sistemas de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. El mismo autor en el año 1998 plantea que las condiciones de vida se presentan en cuatro dimensiones: biológica, ecológica, económica y conciencia y conducta.

La OMS propone que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, divididos en cuatro grandes grupos: medio ambiente, estilos de vida, biología humana y sistemas de servicios de salud (2005). Estos determinantes explican la mayor parte de las inequidades en salud, las diferencias injustas y evitables observadas en los países,

comunidades, lugares de trabajo, centros de enseñanza, instituciones y en este caso los CAIPAD.

Según el nuevo informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, citado por Solar, los determinantes de la salud constituyen un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada influyen en los niveles de salud de los individuos y las comunidades. La influencia de los determinantes de la salud a lo largo de la vida puede ayudar a entender los patrones de salud-enfermedad de las poblaciones en las últimas décadas (2014).

Para comprender un poco más los grandes grupos en que se dividen los determinantes sociales de la salud, se explican cada uno a continuación (Solar, 2014):

- **Circunstancias materiales de vida y trabajo:** se refiere a todos los asuntos relacionados con la persona, su estabilidad económica y el entorno físico, social y de trabajo.
- **Biología humana:** todos los aspectos de la salud, física y mental, desarrollados en el cuerpo humano, como resultado de la función orgánica. Algunos ejemplos: fortaleza general, resistencia a la enfermedad, susceptibilidad a la enfermedad y enfermedades genéticas.
- **Estilo de vida:** esto es lo que concierne a las decisiones sobre las cuales el individuo tiene el control, son riesgos impuestos creados por el estilo de vida poco saludable, que contribuyen a causas de enfermedades. Hábitos dietéticos inadecuados, falta de ejercicio, ocio/sedentarismo, abuso de sustancias, alcohol, tabaco o drogas, conductas violentas, conductas sexuales irresponsables, actividades de riesgo, abuso de medicinas, entre muchas.
- **Sistemas de salud y cohesión social:** la cantidad, calidad y organización de los servicios de salud y las relaciones de las personas y recursos en la prestación de la atención de la salud, para mencionar lo que corresponde a un servicio adecuado, calidad, disponibilidad, accesibilidad, costes.

### 2.3. Promoción de la salud

La promoción de la salud es una estrategia que busca beneficiar a las poblaciones, por medio del empoderamiento y la construcción de una salud integral, según la OMS (2005):

“La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual”. (p. 33)

Por lo anterior, la promoción de la salud es básicamente una actividad específica del ámbito social y de la salud y no un servicio médico curativo, por ello requiere que los profesionales en salud desempeñen un papel importante en propiciar y facilitar la salud en las comunidades.

Es una estrategia que abarca las acciones tuteladas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el propósito de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Los ejes de abordaje de la Promoción de la Salud propuestos por la Carta de Ottawa son: establecer una política pública a favor de la salud, crear entornos que apoyen a la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios (1986).

Además, posee diferentes líneas de acción las cuales son: elaboración de políticas públicas y legislación saludable, creación y protección de ambientes saludables, fortalecimiento de la acción comunitaria, fortalecimiento de las potencialidades individuales y colectivas, reorientación de los servicios de salud y el desarrollar estilos de vida sanos (OMS, 2011).

Las herramientas que posee la Promoción de la Salud son: participación social, educación para la salud, mercadotecnia social, intersectorialidad, construcción de alianzas y abogacía. Estas herramientas son utilizadas en diferentes momentos de la investigación, por lo tanto su consideración dentro de la propuesta son fundamentales. Los componentes de la Promoción

de la Salud los cuales ejercen un papel fundamental dentro del accionar de la promoción de la salud son: salud sexual, salud mental, alimentación saludable, actividad física, recreación y ambiente y entorno saludable.

### 2.3.1. Herramientas de la Promoción de la salud

#### 2.3.1.1. Participación social

La participación social es una de los principales retos de la promoción de la salud y es un proceso fundamental para la implementación de proyectos en esta área, debido a que la salud se construye con los pueblos y para los pueblos. Una de las claves para realizar un adecuado proyecto en promoción de la salud es la construcción en conjunto con las comunidades, ya que son estas las que conocen su realidad y por ende sus necesidades (Restrepo, 2009).

Se define como comunidad “grupos de personas que viven cerca las unas de las otras o tienen una serie de vínculos sociales y que, en muchos casos, comparten una misma motivación o necesidad” (OMS, 2013:45). El empoderamiento de este grupo de personas sobre su salud crea movimientos favorecedores para su bienestar social, ya que la motivación que los moviliza la viven todos los días.

La OMS define la acción comunitaria para la salud como “los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud” (OMS, 1998, p.16). La participación social comunitaria ayuda a que las poblaciones más desprotegidas puedan cambiar su realidad. Y el empoderamiento de los excluidos permite el ejercicio de un poder de grupo para mejorar las condiciones de vida, gobernando en conjunto grupos y sociedades mediante un poder igualitario, en el que la gente se une para lograr una meta común (Ponce, 1995).

### 2.3.1.2. Educación para la salud

Según la OMS (1998):

“La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”(p. 13).

Por lo tanto la educación para la salud son esos espacios que se le debe brindar a la población, para darle los conocimientos y ayudarle a desarrollar habilidades necesarias para que puedan corregir esas prácticas negativas en salud y se puedan responsabilizar de sus acciones.

A la hora de plantear un programa en educación para la salud se debe contemplar las siguientes áreas según Perea (2004):

- Cuidados personales.
- Relaciones personales y humanas, incluyendo educación sexual y aspectos de salud mental y emocional.
- Educación alimentaria.
- Uso y abuso de medicamentos y drogas (legales e ilegales).
- Medio-ambiente y salud.
- Seguridad y prevención de accidentes.
- Salud comunitaria y su utilización
- Vida familiar.
- Prevención y control de enfermedades

Pero como el concepto de salud es dinámico y varía según la población, se pueden incluir otras temáticas de necesidad para la población. Es importante mencionar que estos programas de salud se pueden realizar en cualquier lugar donde se encuentren las personas que los

requieran, ya sea en una comunidad, en un barrio o alguna institución. Además hay que reconocer las poblaciones en estado de vulnerabilidad, tales como las personas adultas con discapacidad, quienes con el envejecimiento presentan una doble condición de riesgo.

#### 2.3.1.3. Mercadotecnia social

La mercadotecnia social se refiere según Kotler (2002):

“...al uso de principios y técnicas de mercadotecnia para influenciar a la audiencia meta a aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad. Va dirigido directamente a abordar temas de salud con el fin de cambiar comportamientos negativos de la población” (p.49).

La mercadotecnia es un instrumento multidisciplinario que sirve para crear estrategias que lleguen de forma masiva a la población, por medio de la educación, motivación e información para así lograr cambios en los estilos de vida de los distintos grupos meta.

#### 2.3.1.4. Intersectorialidad

La intersectorialidad en salud se refiere a la participación de distintos sectores sociales, que realizan intervenciones en forma conjunta para lograr el cambio de una problemática (CCSS, CENDEISS &UCR, 2004).

La intersectorialidad puede desarrollarse no solo con sectores sociales involucrados en la problemática también pueden ser miembros de industrias que buscan colaborar con algún bien social.

La intersectorialidad es un trabajo coordinado entre una o varias organizaciones, esto beneficia para no duplicar esfuerzos, y gracias al apoyo de capacitación, económico y de conocimiento, y por ende al surgimiento de alguna organización.

#### 2.3.1.5. Construcción de alianzas

Una alianza para la promoción de la salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud. La creación de alianzas supondrá a menudo la mediación entre los distintos socios en la definición de los objetivos y normas deontológicas básicas, las áreas de acción conjunta, y los acuerdos sobre la forma de cooperación dentro de la alianza (OMS, 1998).

#### 2.3.1.6. Abogacía

Una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida sanos.

Dicha acción puede ser adoptada por los propios individuos y grupos, con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida sanos. La abogacía por la salud es una de las tres grandes estrategias de promoción de la salud y puede adoptar muchas formas incluidas el uso de los medios informativos y los de multimedia, la presión directa a los políticos y la movilización de la comunidad, por ejemplo, a través de grupos de presión, sobre cuestiones concretas. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel como defensores de la salud en todos los niveles de la sociedad (OMS, 1998).

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La existencia de un proceso de capacitación (*empowerment* empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

#### 2.4. La salud en las personas con discapacidad

El derecho a la salud que tiene toda persona, como derecho de su propia naturaleza humana, es una idea muy reciente, la cual no llega todavía a ser una realidad en muchos países. La población con discapacidad, globalmente considerada, tiene un mayor grado de vulnerabilidad y un menor grado de protección frente a las diversas situaciones patológicas que se pueden plantear en su vida, porque no disponen de los mismos sistemas de alarma que los demás, sea por falta de información, o por falta de capacidad para percibirlos como tales (Flórez, 2005).

Meramente la salud en la personas con discapacidad tiene un abordaje asistencialista, y no toma en cuenta que esta población no tiene una educación para la salud que les permita ser sus propios responsables con autocuidados y prácticas saludables, que los haga más autónomos y potenciadores de su calidad de vida; es por eso necesaria la sensibilización para incluir la promoción de la salud como enfoque integral.

El nuevo enfoque de la persona con discapacidad ha traspasado sus barreras, puesto que deja atrás el enfoque tradicional en el cual solo se ve la discapacidad como una enfermedad. Actualmente lo que se busca es que el individuo sea visto como una persona integral y que su relación con la sociedad lo haga una persona independiente (Flórez, 2005).

Se trata, pues, de poner los medios que ayuden a conseguir esta meta y disfrutar así de una sociedad humanizada y comprometida con los derechos de todas las personas, lo que redundará en beneficio de todos y de cada uno de nosotros. Y la promoción de la salud, precisamente, con su planteamiento integral de los condicionantes y del compromiso con la

salud de las personas, exige una perspectiva nueva de la relación entre la salud y la compleja cuestión de la discapacidad (Vega, 2007).

### 2.5. Adulthood and disability

Las personas adultas con discapacidad constituyen un sector de población heterogéneo, pero todas tienen en común que, en mayor o menor medida, precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones con el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país. Por ello, resulta fundamental diseñar nuevos escenarios de aprendizaje como focos de convivencia encaminados al desarrollo de habilidades para una vida más independiente y nuevos perfiles de apoyo para que puedan vivir de la manera más autónoma posible y disfruten de la mayor calidad de vida (Liesa & Vived, 2010).

Las dificultades de una persona con discapacidad tienen su origen en sus limitaciones personales, pero también en los obstáculos y condiciones adversas presentes en la sociedad, estructurada con base en el patrón de la persona que responde al tipo de medio en el que se desarrolla. Dentro de estas limitaciones, la posibilidad de desarrollar una vida independiente se convierte en un reto para esta población (Vega, 2007).

La autonomía es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de las personas adultas con discapacidad. Por ello, el aprendizaje (y por tanto la enseñanza) de habilidades de autonomía para la vida diaria, como habilidades con el vestido, con la alimentación, con el aseo, con las tareas de hogar, así como en el campo laboral, en la realización de actividades cotidianas, en tener responsabilidades y asumirlas, son necesidades de todas las personas, en especial las adultas con discapacidad.

Este aprendizaje se inicia en los primeros meses de nacimiento y se va desarrollando a lo largo de las distintas etapas vitales, lo cual les favorece a la llegada de la etapa de la adultez y la etapa de adulto mayor, porque al potenciar esas habilidades, autonomía e independencia,

será una persona realizada, motivada, sana y feliz, eliminando ese estereotipo del perfil de una persona con discapacidad o en condición de discapacidad, de persona inútil, carga para la familia y enfermo crónico. Por el contrario, debe potenciarse el perfil de persona productiva, útil, capaz, autónoma y saludable (Orientaciones Técnicas para la implementación de plan de estudios de Centros de Atención Integral de Personas Adultas con Discapacidad, 2013).

En este contexto, se exigen nuevos marcos de comprensión, nuevas actitudes hacia la discapacidad desde el respeto a las diferencias y la igualdad de oportunidades de todos los hombres y mujeres, desde el reconocimiento de sus posibilidades en el marco de la discapacidad: poner en evidencia que estas personas son capaces de desenvolverse en el ámbito social con mayor autonomía e independencia de la que muchas veces se les reconoce (Liesa & Vived, 2010).

## 2.6. Tipos de Discapacidad

### 2.6.1. Diversidad Funcional o Discapacidad Funcional (Personas con discapacidad)

Es un término alternativo al de discapacidad que ha comenzado a utilizarse en España por iniciativa de los propios afectados. El término fue propuesto en el Foro de Vida Independiente, en enero de 2005 y pretende sustituir a otros cuya semántica puede considerarse peyorativa, tales como "discapacidad" o "minusvalía"; se propone un cambio hacia una terminología más positiva y rehabilitadora sobre la diversidad funcional.

El término oficial para referirse a las personas con diversidad funcional es, por ahora, "personas con discapacidad", es el concepto que recoge la OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y que la legislación internacional y las asociaciones representantes de personas con diversidad funcional emplean de forma mayoritaria (Romañach, 2008).

### 2.6.2. Discapacidad física o motriz

La persona con discapacidad motriz es aquella que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración en su aparato locomotor, debida a una alteración del funcionamiento en el sistema óseo-articular, muscular o nervioso, y que en grados variables limita algunas actividades que pueden realizar el resto de las personas. Además puede quedar afectadas también las áreas del lenguaje o la manipulación de objetos (Peralta, 2007).

### 2.6.3. Discapacidad intelectual o cognitiva

Esta discapacidad se define como la limitación significativa en el funcionamiento intelectual e inteligente, también se refiere a las limitaciones significativas en la conducta adaptativa o capacidad de adaptación expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas (Peralta, 2007).

Algunas discapacidades intelectuales son:

- Síndrome Down
- Retraso Mental

### 2.6.4. Discapacidad mental: Trastorno mental

Es una alteración de los procesos afectivos y cognitivos del desarrollo que provoca trastornos del razonamiento, del comportamiento, la adaptación y comprensión de la realidad (Peralta, 2007).

Posibles limitaciones o inconvenientes a los que hacen frente las personas con trastornos mentales son:

- En las relaciones sociales.
- En el procesamiento y asimilación de información así como su adaptación al entorno.
- En el seguimiento continuado, debido a tratamientos, revisiones.

Los trastornos mentales de mayor incidencia son: depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de ansiedad y síndrome de Asperger (Peralta, 2007).

### 2.6.5. Discapacidad sensorial

Se presenta discapacidad sensorial cuando existe una alteración que afecta a los órganos de la vista y del oído (Peralta, 2007).

Se divide en dos subgrupos:

#### 1. Discapacidad sensorial auditiva

Comprende las deficiencias con pérdida total, sordera profunda o la pérdida parcial, sordera leve o hipoacusia (Melero et al, 2006).

#### 2. Discapacidad sensorial visual

Normalmente la discapacidad visual moderada y grave se reunifican bajo el término baja visión; quedando coloquialmente dos divisiones, la baja visión y la ceguera (Melero et al, 2006).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, la función visual se subdivide en cuatro niveles:

- Visión normal.
- Discapacidad visual moderada.
- Discapacidad visual grave.
- Ceguera.

### 2.7. La promoción de la salud ante la discapacidad

La salud tiene mucho que ver con la discapacidad; si en muchos casos la falta de salud está en el origen de la discapacidad, en otros, la discapacidad, si no se recibe la atención adecuada, se puede derivar en varias enfermedades, pero desde la perspectiva integradora que tienen la salud, toma en cuenta tanto los aspectos físicos y psíquicos como los sociales y éticos, así como los culturales.

De aquí parte el papel o rol protagónico de la promoción de la salud, donde la OMS (1999) la define como:

“...el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de la salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de las personas en favor de la salud pública e individual” (p. 36).

La dimensión holística de la promoción de la salud implica la necesidad de abordar el tema del desarrollo humano en la mirada de personas (incluyendo el análisis de la persona en situación de discapacidad) y de grupos vulnerables, a pesar de las discapacidades, todas las personas tenemos derechos, y su respeto y atención facilita ser plenamente humanos (Liesa & Vived, 2010).

## 2.8. Modelos educativos para personas adultas con discapacidad

La educación para personas adultas con discapacidad, varía según las necesidades de las personas y esta puede realizarse en cualquier etapa de la vida, en el lugar de trabajo, en la comunidad, en instituciones educativas formales. Tiene como fin aumentar la acción, la autonomía y autosuficiencia económica y reducir el grado de dependencia, por medio de la educación, capacitaciones personales, oportunidades de desarrollo personal, social y cultural.

A lo largo de la historia para llevar a la enseñanza un proceso educativo, se trabaja por medio de modelos, los cuales son patrones conceptuales que permiten esquematizar de forma clara las partes de un programa de estudios, o bien los componentes de una de sus partes (Huguet, 2009).

Durante la segunda mitad del siglo XX, se forjan en Costa Rica, cambios significativos en el modelo de Estado que tiene repercusiones importantes en los distintos ámbitos de la vida, en lo social, lo económico y en la política; uno de los logros institucionales más destacados de la época fue la fundación de la Universidad de Costa Rica. Después de este

logro se establece la Escuela de Enseñanza Especial en 1940, cuyo decreto de creación fue emitido por el Poder Ejecutivo bajo la iniciativa del profesor Fernando Centeno Güell. Se considera este hecho como una conquista que implicó el reconocimiento de que una gran cantidad importante de población infantil requería un abordaje educativo especializado, pues los menores que presentaban discapacidad sensorial o mental, no contaban con ninguna institución que les brindara los recursos educativos necesarios.

En el 2000 surgen los Centros de Atención Integral para personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD), como una alternativa para las personas adultas con discapacidad sin escolaridades previas o provenientes de Centros de Educación Especial. Estos servicios han sido creados en algunas comunidades del país, pero aún no son suficientes para cubrir las necesidades de todos los estudiantes que egresan de los demás centros, lo cual convierte en una preocupación más, tanto para las familias de los jóvenes, como para los administradores y docentes.

## 2.9. Planificación Estratégica y Promoción de la Salud

### 2.9.1. Planificación Estratégica

La planificación estratégica se define como la combinación de técnicas, instrumentos y acciones que una organización o grupo de individuos aplica para alcanzar sus objetivos, se concreta en un Plan de actuación (plan estratégico) que se fundamenta en una representación crítica y colectiva de la realidad social, con finalidades o metas individuales y colectivas. Incluye una previsión sobre las dinámicas, una secuencia de acciones y dinámicas comunicativas y un proceso integral y permanente de seguimiento del propio plan (Viché, 2010).

La Planificación Estratégica, constituye una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben

recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia, calidad en los bienes y servicios que se proveen (Viché, 2010).

Desde esta perspectiva, los estándares de confiabilidad para identificar aspectos claves que apoyen la planificación estratégica, son: la definición de la misión, objetivos estratégicos, estrategias y definición de metas e indicadores.

La planificación estratégica cuenta con una serie de elementos constitutivos y, como hemos visto en el apartado anterior, con unos elementos metodológicos para la elaboración de su plan de acción. Entre los elementos que constituyen su proceso metodológico de elaboración se encuentran: las técnicas grupales y participativas y la comunicación interactiva (Morrisey, 1993).

Como fases de la intervención estratégica mencionamos las siguientes:

1. Definición del problema: cuál es la necesidad o necesidades principales en el lugar de estudio, definir las prioridades de las necesidades y abordarlas de forma participativa con las personas colaboradoras (comunidad, personal docente, familiar u encargado de las personas adultas con discapacidad).

2. Definición de los objetivos: una vez definidas y priorizadas las necesidades, se formulan objetivos que cumplan con la forma adecuada de abordar dichas necesidades.

3. Definición de las soluciones deseadas: de aquí parte el hecho de que las soluciones propuestas no todas son viables, o no se ven los resultados a corto plazo, por lo que dichas soluciones deben de partir de los recursos humanos como económicos y materiales con los que se cuenta para poder desarrollarlas y ejecutarlas de forma adecuada.

4. Definición de las estrategias: las estrategias se definen después que se establecen los métodos, actividades y materiales que ayudaran a desarrollar los objetivos previamente

planteados; las estrategias deben abordar la mayoría de necesidades y promover la participación colectiva para que sean innovadoras y creen impacto en la población meta.

### 2.9.2. Planificación Estratégica en Promoción de la Salud

La Planificación Estratégica en promoción de la salud, es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones (Eyzaguirre, 2006).

La planificación estratégica en promoción de la salud debe ser entendida como un proceso participativo, que no va a resolver todas las incertidumbres, pero permitirá trazar una línea de propósitos para actuar en consecuencia (Eyzaguirre, 2006).

Se consideran varias dimensiones con las cuales se puede desarrollar la planificación estratégica, como la definición de los objetivos y sus correspondientes estrategias lo que permitirá seleccionar las actividades prioritarias para el mejoramiento de la organización y aprovechar las ventajas que aparezcan relacionadas con su actividad.

La planificación estratégica en promoción de la salud se desarrolla en el espacio concreto en el que habitan las personas, donde interactúan los distintos sectores del Estado, las organizaciones propias de la comunidad y los ciudadanos entre sí. La participación comunitaria es esencial para sostener las acciones en materia de promoción de la salud, porque abarca no solo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos que influyen sobre la salud; por lo tanto es sinónimo de construcción de ciudadanía en el campo del derecho a la salud.

## 2.10. Diseño de planes en Promoción de la Salud

Al elaborar un plan en promoción de la salud a cualquier nivel o en cualquier escenario, se ha de considerar el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual se fundamenta tanto en el conocimiento de los educadores (equipo base) respecto a cómo se enseña y cómo aprenden los individuos, como en el conocimiento de las necesidades de salud de las personas o grupo población a quien va dirigido, así como a las prácticas habituales y los aspectos socio-económicos y culturales que presentan.

Para el proceso de enseñanza-aprendizaje es indispensable una buena planificación y conocer algunas técnicas educativas para llevar a cabo en forma exitosa un plan estratégico en promoción de la salud, así como la participación de todos los miembros del Equipo Base de los centros (CCSS, CENDEISS-UCR, 2004).

Para eso se da una serie de etapas dentro de la planificación, entre las que se debe considerar:

- a. Identificación de necesidades de salud
- b. Elaboración de objetivos generales y específicos
- c. Definición del contenido de las actividades
- d. Definir estrategias metodológicas
- e. Recursos materiales y humanos
- f. Evaluación

Cuadro N° 1  
Etapas de la Planificación Estratégica

Concepto	Definición	Aplicación
<b>a. Identificación de necesidades de salud</b>	Se debe contar como insumo con una investigación local de los problemas de salud, un diagnóstico de salud, que le permita priorizar los principales problemas que su intervención requiera.	Permite concretar las prioridades y pasar al diseño del programa educativo
<b>b. Elaboración de objetivos generales y específicos</b>	Se elaboran a partir del conocimiento de las necesidades identificadas. Objetivo general: es lo que se pretende aprenda la población objeto de la intervención al final del proceso educativo. Objetivos específicos: son los aprendizajes inmediatos que debe adquirir la población objeto en la intervención.	Posibilita adecuar las tareas y funciones del personal de salud a las necesidades de la población, en relación con conocimientos, actitudes y habilidades para enseñar y aprender.
<b>c. Definición del contenido de las actividades</b>	Es la información, el tema, experiencias que se transmite a la población a través de cualquier método o medio, para lograr los objetivos propuestos.	Utilización de listados de temas, sistematización de experiencias, problemas, necesidades concretas sobre lo que se va a trabajar, de manera ordenada.

<b>d. Estrategias metodológicas</b>	La manera sistemática y ordenada de hacer una o más actividades para enseñar a aprender algo. Son las situaciones o experiencias de aprendizaje que se diseña de manera sistémica y ordenada para incorpora nuevas conductas en las personas o colectivos para lo cual se pueda usar técnicas educativas y recursos audiovisuales.	Organización de grupos de población y trabajo orientados a la toma de decisiones sobre la salud
<b>e. Recursos materiales y humanos</b>	Personas, equipo, materiales e infraestructura que se requiere para desarrollar los contenidos planteados.	Coordinación con la población en el espacio, horario.
<b>f. Evaluación</b>	Determinar en qué medida se han logrado los objetivos del plan, qué efectos se han obtenido y qué factores han contribuido a lograr los resultados.	Determinar los resultados y analizar y discutir los pasos (resultados y proceso) Analizar los datos para cambiar o modificar los modelos de comportamiento Explicar y comprobar los modelos de comportamiento Adquirir y mejorar las habilidades pedagógicas Hacer saber a los participantes que sus contribuciones son valiosas.

Fuente: CCSS, CENDEISS-UCR, 2004

### 2.11. Evaluación de planes en promoción de la salud

La evaluación debe ser parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa, plan o intervención en promoción de la salud que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados a la calidad de vida de las personas. La evaluación debería brindar información

creíble y útil, posibilitando la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones. Por su parte, Rossi et al (1999) definen evaluación como:

“el uso de procedimientos científicos para sistemáticamente investigar la efectividad de los programas. La evaluación es un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los planes, programas, proyectos en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia”(p.58).

A partir de estas definiciones resulta claro que la evaluación es una herramienta fundamental para iluminar la toma de decisiones en las diferentes fases de ejecución de los programas, planes e intervenciones, desde su concepción y diseño hasta su posterior valoración en términos de logros e impactos.

Evaluar implica establecer un juicio sobre el valor o mérito de algo, una conclusión valorativa. Para ello se requiere siempre de la comparación con algún estándar o punto de referencia, que ha sido establecido explícita o implícitamente (Rossi et al, 1999).

## 2.12. Análisis Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el análisis FODA es un instrumento de planificación estratégica que se utiliza para evaluar los factores externos e internos de una organización; entiéndase por factores externos las oportunidades y las amenazas, y por factores internos las debilidades y fortalezas (2007). Además es un modelo sencillo y claro que da dirección a la organización, es apropiado para trabajar en la etapa de diagnóstico o análisis situacional con miras a la planeación integral (Díaz, 2005).

La herramienta genera un aporte analítico ya que separa los factores en dos bloques: los factores internos (fortalezas y debilidades) corresponde a esos aspectos los cuales la organización tiene un grado de control y los externos (oportunidades y amenazas) son las

situación que se debe enfrentar en su entorno, donde unos son positivos y otros negativos correspondientemente (Díaz, 2005).

Las fortalezas son aquellos elementos o factores que estando bajo su control, mantiene un alto nivel de desempeño, generan ventajas con posibilidades atractivas en el futuro. Las debilidades son carencia, algo en lo que la organización tiene bajos niveles de desempeño y por tanto es vulnerable. Las oportunidades son aquellas circunstancias de externas que son potencialmente favorables para la organización. Y las amenazas son factores del entorno que resultan en circunstancias adversas que ponen en riesgo el alcanzar los objetivos de la organización (Ramírez, 2005).

### 2.13. Marco legal

Los CAIPAD son entes privados de interés público que reciben colaboración del Estado y son administrados por Organismos No Gubernamentales (ONG) como asociaciones, juntas directivas u organizaciones de padres de familia. Estos centros surgen como una alternativa de atención personal, social, ocupacional y productiva para la población adulta con discapacidad. Tienen como propósito ofrecer opciones de servicios que permitan desarrollar diversas habilidades para el desempeño cotidiano y potenciar el desarrollo integral, alternativa creada por la Comisión Creando Alternativas para Adultos con Discapacidad, en la que participaron el DEE del MEP, el CNREE, el IMAS y personal docente del Proyecto para Adultos de la Escuela del Hogar de Rehabilitación de Santa Ana (MEP & CNREE, 2013).

De acuerdo con información proporcionada por el MEP, el Consejo Superior de Educación es el que aprueba los planes y programas de estudios que se imparten en dichos centros y directamente ese ministerio financia el costo del recurso humano, específicamente nombrando docentes y profesionales en especialidades como terapia física y ocupacional, trabajo social y otros, es decir, que con recursos públicos se cubre uno de los rubros de gastos

más significativo dentro de esos centros. En el 2007 el MEP registró 32 CAIPAD, los cuales se ubican en diferentes regiones del país.

De este total se identificaron 24 entes que tienen asignados 49 puestos pagados por el MEP, los que generan un gasto anual aproximado a los ¢380 millones (salarios y cargas sociales). Actualmente el MEP cumple solo con un 10% de apoyos para recursos humanos, con el costo restante colabora la Junta Directiva, o se trabaja con la modalidad de voluntariado; el MEP propone que se deben cumplir los requisitos establecidos en el Decreto N° 33.550 –MEP del 27/02/2007, denominado Reglamento del Otorgamiento de Estímulos a la Iniciativa Privada en Materia de Educación por parte del MEP.

La infraestructura utilizada por estos centros no es pública y el pago de servicios, como agua, electricidad, teléfono y otros de tipo operativo y variable, está a cargo de las ONG.

Según la Ley 7600 (1996) en los Artículos 1 y 2 indica que: “Se declara de interés público el desarrollo integral de la población con discapacidad, en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes que el resto de los habitantes”.

Según definiciones del Artículo 2 de esa misma Ley se tiene que:

- Igualdad de oportunidades: Principio que reconoce la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias.
- Equiparación de oportunidades: Proceso de ajuste del entorno, los servicios, las actividades, la información, la documentación así como las actitudes a las necesidades de las personas, en particular de las discapacitadas.
- Organización de personas con discapacidad: Son aquellas organizaciones dirigidas por personas con discapacidad o por sus familiares cuyos fines y objetivos están dirigidos a la promoción y defensa de la igualdad de oportunidades.

- Servicio de apoyo: Ayudas técnicas, equipo, recursos auxiliares, asistencia personal y servicios de educación especial requeridos por las personas con discapacidad para aumentar su grado de autonomía y garantizar oportunidades equiparables de acceso al desarrollo.

Por lo anterior, el Estado tiene la obligación con esta población en particular, para cumplir con la Ley; a continuación se mencionan varios incisos del Artículo 4 de dichas Obligaciones del Estado:

- a) Incluir en planes, políticas, programas y servicios de sus instituciones, los principios de igualdad de oportunidades y accesibilidad a los servicios que, con base en esta ley, se presten; así como desarrollar proyectos y acciones diferenciados que tomen en consideración el menor desarrollo relativo de las regiones y comunidades del país.
- b) Garantizar que el entorno, los bienes, los servicios y las instalaciones de atención al público sean accesibles para que las personas los usen y disfruten.
- c) Eliminar las acciones y disposiciones que, directa o indirectamente, promueven la discriminación o impiden a las personas con discapacidad tener acceso a los programas y servicios.
- d) Apoyar a los sectores de la sociedad y a las organizaciones de personas con discapacidad, con el fin de alcanzar la igualdad de oportunidades.
- e) Garantizar el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad de participar en las acciones relacionadas con la elaboración de planes, políticas, programas y servicios en los que estén involucradas.
- f) Divulgar esta ley para promover su cumplimiento.
- g) Garantizar, por medio de las instituciones correspondientes, los servicios de apoyo requeridos por las personas con discapacidad para facilitarles su permanencia en la familia.
- h) Garantizar que las personas con discapacidad agredidas física, emocional o sexualmente, tratadas con negligencia, que no cuenten con una familia o se

encuentren en estado de abandono, tengan acceso a los medios que les permitan ejercer su autonomía y desarrollar una vida digna.

Cabe destacar que cada CAIPAD se encuentra regulado por una serie de documentos que norman y orientan su funcionamiento, estos son:

- Ley 7600. Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (1996) y su respectivo Reglamento (1998).
- Ley 8661. Aprobación de la Convención sobre los Derechos.
- Plan de Estudios, aprobado por el Consejo Superior de Educación (Sesión 37-2003).
- Decreto N° 33 550- MEP. Reglamento del Otorgamiento de Estímulos a la Iniciativa Privada en Materia de Educación por parte MEP (2007).
- Ley N° 8791. Estimulo Estatal de pago de salarios del personal docente y administrativo de las instituciones privadas de enseñanza (2010).

Además una vez que se suscribe el respectivo convenio de estímulo Estatal de pago de salarios del personal docente y administrativo de las instituciones privadas de enseñanza según la Ley 8791, mencionada anteriormente por medio de la figura del representante legal, la Junta Directiva adquiere una serie de responsabilidades ente el MEP, según el MEP (2001) son:

- Utilizar el estímulo recibido en el desarrollo de las actividades y con las finalidades propuestas en la solicitud de otorgamiento del mismo y velar por el mantenimiento de las condiciones pactadas en el respectivo convenio.
- Someterse al régimen de fiscalización de la debida utilización y administración del estímulo otorgado por parte del MEP y la Contraloría General de la República.
- Mantener comunicación constante con las instancias del MEP-DECDOP-responsable de las acciones de seguimiento.
- Informar y documentar ante el DECDOP todo cambio en la conformación de la Junta Directiva de la asociación o fundación.

- Coordinar los aspectos de índole administrativos con la figura de Director del centro (docente a cargo) sin perjuicio de los aspectos técnicos y metodológicos propios accionar del Equipo Base nombrado por el MEP.
- Mantener una comunicación asertiva con el Equipo Base del CAIPAD, por medio de la figura del Director (docente con recargo) del mismo.
- Conocer y firmar el Informe Cuatrimestral elaborado por el Equipo Base del CAIPAD respetando el criterio técnico de los profesionales, para su respectiva entrega ante la instancia que corresponda y en el tiempo establecido.
- Garantizar condiciones óptimas para la atención de los usuarios (accesibilidad y estado de la planta física, dotación de recursos materiales suficientes y de calidad entre otros).

Aparte del papel del Estado, se incluye la participación primordial para lograr el cumplimiento de las leyes, de actores como la comunidad, gobiernos locales, la familia y organizaciones con personas con discapacidad.

A continuación se exponen algunos artículos de la Ley 7600 (1996) correspondientes a este enunciado:

Dentro del Marco Legal Internacional que ampara a las personas con discapacidad, según el Compendio de Legislación sobre Discapacidad, Marco Internacional, Interamericano y de América Latina (2010), mencionamos los siguientes:

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008).
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999).
- Carta de las Naciones Unidas (1945).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) A/RES/2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) A/RES/2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (1993) Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo período de sesiones, mediante resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.
- Principios para la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Organización de las Naciones Unidas (1991) Adopción: Asamblea General de la ONU Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.
- Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, Organización de las Naciones Unidas (1982) Década de las Naciones Unidas para las Personas con discapacidad: 1983-1992

## CAPITULO III:

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de estudio

La investigación se basa en el enfoque cualitativo, que describe la situación actual de los CAIPAD, en materia de salud. El enfoque cualitativo se ajustó al método de trabajo realizado, ya que no se comprobó hipótesis sino que se realizó un análisis descriptivo.

Esta investigación consideró a las personas en su ambiente natural y su cotidianidad, por medio de observaciones y recolección de datos principalmente, de ahí que el enfoque cualitativo cumple con las características de los parámetros de la investigación.

Por medio de este enfoque cualitativo se describió la situación de los CAIPAD, su funcionamiento, las temáticas en salud que abordan, cantidad de usuarios, cantidad de profesionales y su profesión, descripción del centro, su forma de trabajo; con el fin de ofrecer lineamientos en Promoción de la Salud para su mejor funcionamiento desde un punto de vista estratégico de planificación.

#### 3.2. Diseño Investigación Acción Participativa

El tipo de diseño utilizado fue Investigación Acción Participativa (IAP), la cual es el estudio en el que los miembros del grupo, organización o comunidad fungen como co-investigadores, para resolver problemas cotidianos e inmediatos y mejorar prácticas concretas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2007).

El estudio implicó búsqueda de información entre los funcionarios del CAIPAD, instituciones que se relacionan con estos tales como: MEP, el CNREE, los usuarios y familiares de los CAIPAD; para recolectar los datos, se consideró fundamental la

participación de estas personas. Sus aportes fueron de gran importancia para el análisis de datos.

La IAP busca dar las herramientas para que las personas puedan cambiar la realidad para mejorar sus condiciones, constituye el conocimiento por medio de la práctica, es decir, los participantes que estén viviendo un problema, son los más capacitados para abordarlo de forma natural.

La IAP está compuesta por tres elementos: investigación, acción y participación, los cuales llevaron a realizar un conjunto de procedimientos y técnicas que buscan generar un conocimiento reflexivo en la población, para abordar la realidad social en la cual se encuentra inmersos. La participación constituye parte de la socialización de los conocimientos por parte de la población inmersa en la realidad, los cuales suscitan la toma de conciencia de sus capacidades o necesidades, para lograr una transformación y mejoramiento de su situación (Ander – Egg, 2003).

Joel Martí (2012) menciona que la Investigación Acción Participativa, consta de un proceso, el cual se divide en fases:

Pre-fase: Etapa de indagación: consta de la detección de los síntomas y la realización de una demanda de intervención, adjunto con el planteamiento de investigación.

I Fase: Diagnóstico: se da el conocimiento del contexto, enlazado al acercamiento de la problemática a partir de la documentación existente y de entrevistas con representantes institucionales y asociativos.

II Fase: Programación: consiste en una apertura a los conocimientos y puntos de vista existentes por medio de entrevistas grupales, deconstrucción de los discursos, es decir, métodos cualitativos y participativos más profundos y explicativos.

III FASE: Conclusiones y propuestas. En el siguiente apartado se desarrolla la forma en cómo se trabajarán las fases dentro del proceso de investigación.

### 3.3. Método, técnicas e instrumentos de recolección

A continuación se describe cada una de las fases en las cuales se desarrolló este apartado:

Fase Previa: Esta es la fase de investigación la cual se divide en los siguientes pasos:

I Paso: En primer lugar se hizo una búsqueda informativa en libros, revistas, páginas en internet y bases de datos, de documentos relacionados con el tema, junto con la ubicación de las instituciones relacionadas como: MEP y CNREE, entre otras.

Técnica e instrumento de recolección de datos: se realizó el análisis y la priorización de información, según fuera la más atinente al caso. Para ello se construyó una hoja de puntos claves a buscar.

II Paso: Se ubicó las personas a cargo o directores (as) de los CAIPAD. Se recogieron los números telefónicos, direcciones y correos, mediante los cuales se establecieron los enlaces. Se solicitó información impresa que se nos pudiera brindar respecto de la organización y funcionamiento; además se emitieron cartas personalizadas en donde se les solicitaba disponibilidad para trabajar y realizar la investigación. Se buscó promocionar la tesis y posicionar la promoción de la salud como estrategia innovadora.

Técnica e instrumento de recolección de datos: Se creó un documento en Excel para organizar la información brindada.

III Paso: La tercera fase correspondió a la obtención de información directamente con los miembros de los diferentes CAIPAD. Se realizó entrevista para conocer el funcionamiento y conocer sus principales necesidades en salud.

Técnica e instrumento de recolección de datos: Las técnicas utilizadas en esta fase fueron la entrevista y observación no participante. Los instrumentos fueron: guías de observación (Ver Anexo IV) y entrevistas semiestructuradas.

I Fase, Diagnóstico: En esta fase realizó un análisis de la dimensión biológica, ecológica, económica, conciencia y conducta que describe a los CAIPAD. También se incluyó un

apartado con una serie de conceptos comunes con el fin de tener una misma línea de definiciones. Además, realizó un marco referencial del centro el cual incluye ubicación, características de los usuarios, descripción del Marco legal en el cual están inmersos los CAIPAD, se identificaron los objetivos, misión, visión y metas, y se realizó el análisis de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades.

En esta fase se definieron las temáticas más relevantes que debe abordar el Plan Estratégico en Promoción de la Salud. Estas se definieron con los usuarios de los CAIPAD según sus necesidades y las que fueron más factibles de realizar.

Técnica e instrumento de recolección de datos: Las técnicas ejecutadas fueron entrevistas semi-estructuradas a educadores, análisis FODA el cual se realizó con educadores, usuarios y junta directiva. Se realizaron talleres participativos con educadores y se desarrolló la observación participante y no participante para conocer el ambiente del CAIPAD (Ver anexos IV y V).

II Fase, Programación: Esta se encaminó a proponer el Plan Estratégico la cual se dividió en los siguientes pasos:

Paso I: Se plantearon los temas que se trataría con los educadores y la forma de cómo estos pudieran ser desarrollados. Técnica e instrumento de recolección de datos: se realizó un taller participativo.

Paso II: Corresponde al planteamiento del plan estratégico, así como la identificación de los programas. Se definió el nombre, antecedentes, objetivos de los proyectos planteados, así como los procesos de seguimiento, control y evaluación. Técnica e instrumento de recolección de datos: Análisis de la información y elaboración del plan estratégico.

FASE III y última: Esta es la fase de conclusiones y propuestas, donde se dio a conocer el plan estratégico, por medio de exposiciones a los CAIPAD y se realizaron los cambios pertinentes.

### 3.4. Contextualización de los CAIPAD e instituciones relacionadas

#### 3.4.1. Ministerio de Educación Pública y CAIPAD

El MEP como ente rector, le corresponde promover el desarrollo y consolidación de un sistema educativo de excelencia que permita el acceso de la población a una educación de calidad, centrada en el desarrollo integral de las personas y en la promoción de una sociedad costarricense integrada por las oportunidades y la equidad social (MEP, 2000).

Además de los programas educacionales que deben ser desarrollados en cada centro, les brinda ayuda a los CAIPAD por medio de un estímulo estatal económico y elige a los docentes que trabajan en estos centros, esto según la Ley 8791 “Ley Estímulo de pago estatal de pago de salario del personal docente y administrativo de las instituciones privadas de enseñanza”. Mediante el decreto 33550 del MEP se brinda el apoyo económico de los centros privado por parte del MEP.

En el MEP los dos departamentos que velan por el funcionamiento de los CAIPAD son el DECDOP y el DEE.

#### 3.4.2. Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad. (CAIPAD)

En el año 2003, por medio de un convenio con el MEP se crea los CAIPAD, orientados hacia la atención de personas adultas mayores de 18 años y menores de 65 años, en condición de discapacidad. Se ofrece una educación que les permita ser independientes e insertarse en la sociedad de manera oportuna.

Actualmente existen 29 centros (Ver anexo VIII), que se encuentran distribuidos en las siguientes zonas: San José, Alajuela, Heredia, San Carlos, Desamparados, Upala, Pérez Zeledón, Cartago, Atenas, Turrialba, Sarchí, Grecia, San Ramón y Naranjo. Son entes privados de interés público que reciben colaboración del Estado y son administrados por Organismos No Gubernamentales (ONG). Dado que estos centros brindan una atención

integral a los adultos con discapacidad, requieren de la participación de diferentes entes públicos.

Estos centros surgen como una alternativa de atención de personal, social, ocupacional y productiva para la población adulta con discapacidad y su propósito es ofrecer opciones de servicios que les permitan desarrollar habilidades sociales, ocupacionales y para el desempeño cotidiano, potenciado hacia el desarrollo integral, la autonomía personal y el mejoramiento de las condiciones de vida de cada usuario (MEP, 2000).

La atención que ofrecen se enfoca en el desarrollo de habilidades ocupacionales y sociales, así como destrezas útiles para el desempeño cotidiano de la persona adulta con discapacidad. Dentro de esta oferta de atención integral para la consecución de la autonomía personal se consideran las siguientes áreas de trabajo:

- a. Vida diaria
- b. Personal social
- c. Ocupación básica
- d. Académica funcional
- e. Formación laboral

Por otra parte, dicha atención se desarrolla mediante modalidades:

Modalidad A: atiende personas con discapacidad que no han gozado anteriormente de otros servicios y personas egresadas de los Centros de Educación Especial. Estas personas requieren de apoyos prolongados o permanentes en algunas áreas de la vida cotidiana.

Modalidad B: atiende personas con discapacidad que no han gozado anteriormente de otros servicios y personas egresadas de los Centros de Educación Especial. Estas personas requieren de apoyos prolongados o permanentes para el desempeño de la mayoría de las actividades ocupacionales y de la vida cotidiana.

Los servicios que ofrecen los CAIPAD según lo estipulado por el MEP (2000) son:

- Valoración diagnóstica: proceso en el cual se identifican características y condiciones de la persona y su entorno.

- Exploración de interés: fase en la que se determinan los intereses vocacionales, laborales u ocupacionales de la persona.
- Evaluación de procesos: acción que se desarrolla en diferentes momentos (inicio, medio, final) y de forma permanente para conocer el nivel de avance y requerimientos que presenta el usuario dentro del programa de atención que se implementa.
- Instrucción y promoción de la participación en comunidad: preparación que se brinda a los usuarios en diferentes áreas, con miras en la participación activa en el medio social.
- Colocación y supervivencia de la práctica laboral y apoyo a las familias: servicio que conlleva el desarrollo de diversas actividades- talleres, charlas, reuniones-, considerando el aporte de estrategias e intercambio de experiencias.

Si observamos con atención, los servicios que ofrecen algunos de los CAIPAD no incluyen un enfoque directo hacia la salud o prácticas saludables, lo cual resalta la importancia de incluir a la promoción de la salud para direccionar los servicios o prácticas presentes, de acuerdo con las características de la población.

En cuanto al recurso humano que atiende un CAIPAD y cuáles son las funciones de cada uno, se menciona a continuación:

- Educación Especial.
- Educación Técnica-Profesional (Artes Industriales, Educación para el Hogar).
- Terapia Física.
- Terapia Ocupacional.
- Trabajo Social (considerando profesionales de sociología)

Dichos profesionales conforman el denominado equipo base, que se encuentra distribuido de acuerdo con el tipo de modalidad del centro la cantidad de usuarios; en relación con las funciones que debe cumplir cada profesional se establecen las siguientes:

En todos los casos, los profesionales deberán acatar las disposiciones establecidas en los respectivos manuales de puestos de la Dirección General del Servicio Civil, según la condición de funcionarios públicos y de acuerdo con su cargo. De acuerdo con lo establecido en el Plan de Estudios vigente, el recargo de dirección le corresponde al profesor de educación especial, quien asume las funciones de Director; dicho docente es el encargado de coordinar el trabajo de los miembros del Equipo Base, o bien designar al miembro que lo sustituya en dicha función, por otra parte, es el designado para coordinar acciones de índole administrativa, con los representantes de la Junta Directiva de la Asociación o Fundación que respalda a cada CAIPAD (MEP, 2000).

Dentro de las obligaciones generales del equipo base, se trata de brindar una atención de calidad y un abordaje integral a los usuarios mediante el desarrollo de un trabajo de equipo y la implementación adecuada del respectivo Plan de Estudios. Participan de los servicios que se ofrecen a los usuarios, incluyendo programas de orientación a las familias, así como les corresponde elaborar un informe cuatrimestral en el cumplimiento del plan de estudios, realizar valoraciones individuales y análisis de situaciones específicas en equipo, durante las etapas inicial, en proceso y de salida o reubicación de los usuarios y elaborar, a partir de estas, los respectivos informes de atención individual o de grupo, según el caso (MEP, 2000).

Los CAIPAD se encuentran regulados por un marco legal para su funcionamiento: la Constitución Política de la República de Costa Rica, la Ley 7600 Igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad y su respectivo reglamento, la Ley 8661 Aprobación de la Convención sobre los Derechos, Plan de Estudios aprobado por el Consejo Superior de Educación (Sesión 37-2003), Decreto No 33 550- MEP Reglamento del Otorgamiento de Estímulos a la Iniciativa Privada en materia de educación por parte del MEP (2007) (MEP, 2000).

### 3.5. Características de la población de estudio

La población de estudio fueron los representantes del equipo base de tres CAIPAD. En un inicio de la investigación se tomó seis centros pero tres no continuaron en el proceso. El equipo base está compuesto por profesionales en: Educación especial, Educación técnica-Profesional (Artes industriales o Educación para el hogar), Terapia física, Terapia ocupacional y Trabajo social (Considerando profesionales de sociología). Es importante mencionar que no todos los CAIPAD poseen este equipo base completo, en algunos casos solo poseen un profesional.

Se escoge esta población ya que el objetivo de la investigación es que el Plan Estratégico sea ejecutado, por lo cual se consideró que los miembros del equipo base son el grupo más adecuado para ponerlo en práctica. Se tuvo en cuenta la participación de miembros de las Juntas Directivas puesto que es este órgano el que emite las políticas de cada centro, y usuarios.

### 3.6. Muestra

La muestra a trabajar son los miembros del equipo base de tres de los CAIPAD los cuales son: tres trabajadores del centro de San Ramón (El Sol Brilla para Todos), cinco de Naranjo (Talita Cumi) y dos de Heredia (Asociación Centro de Formación Integral para el Desarrollo Socio-Productivo de Personas con Discapacidad de Pavas [ACEFOPAVAS] ). El tipo de muestra es no probabilístico, sino que se trata de un muestreo por conveniencia.

### 3.7. Planteamiento de Garantía Ética

Durante este trabajo final de graduación, se trabajó bajo principios éticos fundamentales, de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, los cuales garantizarán que los seres humanos deben ser tratados con idéntico respeto, fraternidad y dignidad (Sampieri, 2006).

Esta investigación buscó obtener información de los funcionamientos de los CAIPAD tal como: actividades que realiza, instituciones que los ayudan, horarios, tipo de profesionales, ubicación y conocer las características generales de los usuarios, así como cantidad de usuarios por centro, edad, sexo, enfermedades que padecen y discapacidad. Los colaboradores en este estudio son los educadores de tres CAIPAD.

El consentimiento informado no se utilizó, ya que el tipo de investigación no lo requiere, pues no se busca manipular la salud física de las personas y no se requiere de datos específicos de los educadores, sino solamente datos generalizados.

Durante la administración de instrumentos y el desarrollo de técnicas propuestas en la metodología, se le aseguró al entrevistado/a que la información que se va obtener se utilizará solamente con fines académicos y que los datos recopilados mediante los instrumentos, tendrán carácter anónimo.

En relación con las actividades realizadas como fueron la observación no participante, análisis FODA, análisis de determinantes sociales de la salud y talleres participativos, se estableció el respeto a la persona y a la personalidad, principio que se extiende a la dignidad e intimidad del individuo, sus creencias; se hizo hincapié en la honestidad dada en la comunicación transparente entre las partes involucradas dentro del estudio, es decir, los participantes de los CAIPAD y las estudiantes encargadas del proceso. Se les manifestó que se trata de un proceso de construcción y aprendizaje en conjunto, y que la participación activa de parte de ellos era de vital importancia para el aprovechamiento de los resultados del estudio.

### 3.8. Limitaciones y facilidades del desarrollo de la investigación

- Los CAIPAD al pertenecer al MEP, se ajustan al calendario escolar, por lo que en periodo de vacaciones, se perdió tiempo efectivo en el proceso de investigación y en el proceso de construcción y participación de los docentes, usuarios, padres de familia o encargados en las diferentes técnicas y actividades que se realizaron.

- La poca disponibilidad y anuencia a participar en el proceso investigativo de todos los CAIPAD a nivel nacional.
- La poca empatía entre los centros no permite que interactúen entre ellos, lo que dificulta el enriquecimiento de la información y el compartir de experiencias que permitiría el espacio de mejoras en el quehacer de los CAIPAD.
- La falta de información, datos, mapeos de elementos claves que definen a los CAIPAD, como por ejemplo datos o perfiles de la situación en los hogares de los usuarios, donde viven, la dinámica intrafamiliar, entre otras.
- El poco acompañamiento y evaluaciones por parte de las instituciones encargadas del sostenimiento de los CAIPAD, lo que dificultó medir si el funcionamiento de es de calidad o cumple con los objetivos establecidos.
- Escasos de documentos o bibliografía dirigida a personas adultas con discapacidad; solo se encontró documentos dirigidos a niños con discapacidad.
- La poca participación de la Junta Directiva de cada uno de los CAIPAD del estudio, durante el proceso de investigación

## CAPITULO IV:

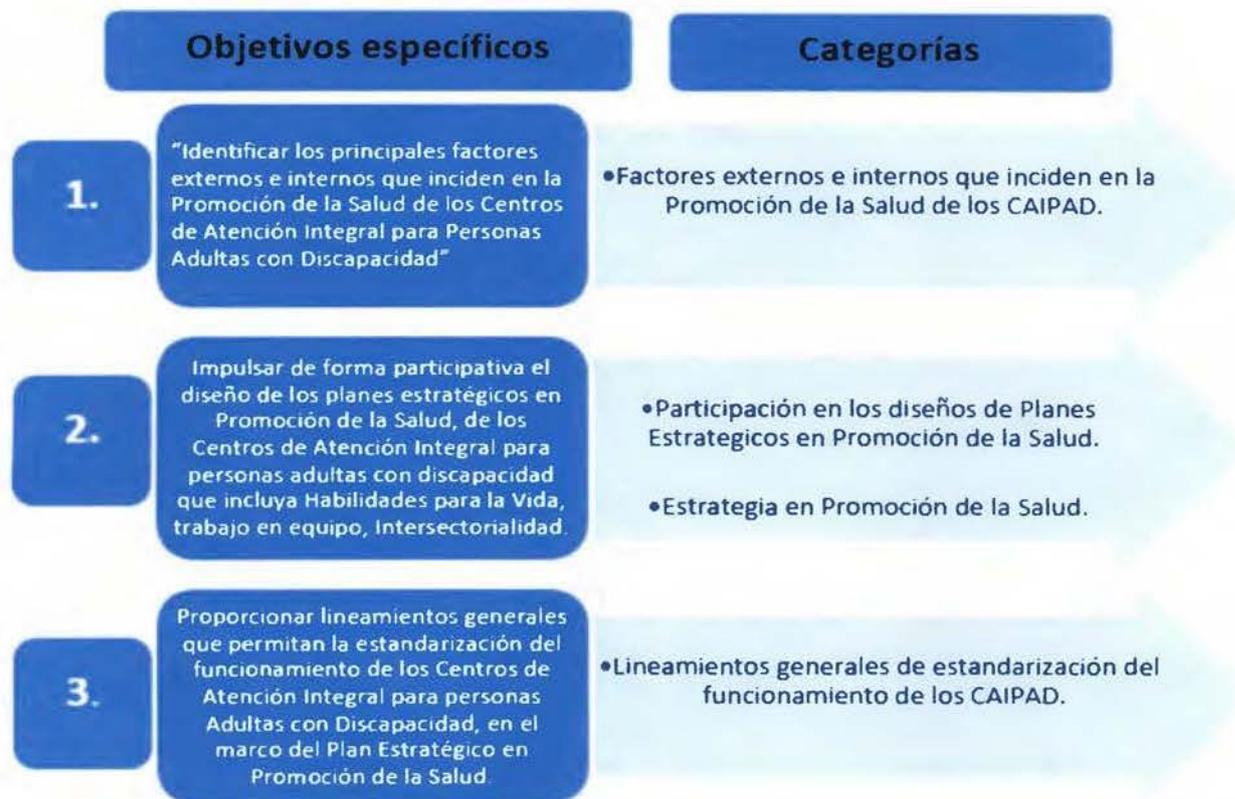
### DESARROLLO

Esta investigación tuvo como objetivo general “Determinar los elementos básicos requeridos en los CAIPAD para el desarrollo de una planificación estratégica que incorpore como núcleo central a la promoción de la salud”. Por lo tanto en este apartado se realiza el análisis de los resultados para alcanzar este objetivo general, sobre los elementos requeridos para una planificación estratégica en promoción de la salud, utilizando el engranaje de herramientas de planificación estratégica y de promoción de la salud.

Para conseguir estos resultados se plantearon tres objetivos específicos que se desarrollaron como una caracterización de categorías, las cuales son esas palabras claves que van a permitir llegar al fin del objetivo (Ver Anexo X: “Cuadro de Variables y Categorías”).

Es por ello que cada uno de los apartados de este capítulo se va desarrollar en cuatro categorías de análisis: La primera “Factores externos e internos que inciden en la promoción de la salud de los CAIPAD”, que corresponde al primer objetivo específico. La segunda “Participación en el diseño de planes estratégicos de promoción de la salud” y la tercera “Estrategias de Promoción de la Salud” que corresponden al objetivo dos. La cuarta “Lineamientos de estandarización del funcionamiento de los CAIPAD” explica el tercer objetivo (Ver figura N° 1). Y un último apartado que comprende el alcance del objetivo general.

Figura N°1  
 “Objetivos Específicos y Categorías”



Fuente: Creación propia.

#### 4.1. Factores externos e internos que inciden en la Promoción de la Salud de los CAIPAD

Para identificar estos factores externos e internos que inciden en la Promoción de la Salud de lo CAIPAD se realizó una identificación de Determinantes Sociales de la Salud, Análisis FODA y un acompañamiento de observación no participante.

## Análisis de los determinantes sociales de la salud

Para elaborar el análisis de la información, se inició con el estudio de los determinantes sociales de la salud de los tres CAIPAD con los que se trabajó: Talita Cumi (Naranjo), El Sol Brilla para Todos (San Ramón) y ACEFOPAVA (Heredia). A continuación se expone el abordaje realizado por tres autores, cada uno de ellos da un aporte fundamental al análisis realizado.

En 1974, Marc Lalonde, Ministerio de Canadá, propone un modelo para el análisis en salud integral, los determinantes sociales de la salud donde se incluye diferentes elementos: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema de asistencia sanitaria. Los cuales proponen (31-32):

**Biología humana:** incluye los aspectos de la salud tanto física y mental, es lo que se desarrolla en el cuerpo humano como consecuencia de la biología perteneciente al individuo, se incluye la genética, lo procesos de envejecimiento y entre otros.

**Medio ambiente:** son esas situaciones relacionadas con la salud que son externas al cuerpo humano y la cual el individuo tiene poco o ningún control.

**Estilo de vida:** son las decisiones que toma una persona para su salud. Son decisiones personales y hábitos buenos o malos para la salud.

**Sistema de asistencia sanitaria:** Consiste en la prestación del servicio sanitario.

Castellanos (1991) propone que la situación de salud de la población estaba relacionada con su modo de vida. Considera que se puede identificar brechas de salud mediante la utilización de perfiles diferentes, en los que se articulen sistemas de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. El mismo autor en el año 1998 plantea que las condiciones de vida se presentan en cuatro dimensiones: biológica, ecológica, económica y conciencia y conducta.

La OMS propone que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, divididos en cuatro grandes grupos: medio ambiente, estilos de vida, biología humana y sistemas de servicios de salud (2005). Explican la mayor parte de las inequidades en salud,

las diferencias injustas y evitables observadas en los países, comunidades, lugares de trabajo, centros de enseñanza, instituciones y en este caso los CAIPAD, desde donde parte el análisis.

Los determinantes de la salud constituyen un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y las comunidades. La influencia de los determinantes de la salud a lo largo de la vida pueden ayudar a entender los patrones de salud-enfermedad de las poblaciones en las últimas décadas (Solar, 2014).

De acuerdo con Solar (2014), los determinantes intermedios de la salud, o conocidos tradicionalmente como los determinantes sociales de la salud son:

1. Circunstancias materiales de vida y trabajo.
2. Conductas, circunstancias Psicosociales/estilos de vida y/o factores biológicos.
3. Sistema de Salud por sí mismo como determinante social.
4. Cohesión social/capital social.

Para comprender un poco más los grandes grupos en que se dividen los determinantes sociales de la salud, se explica cada uno a continuación:

1. Circunstancias materiales de vida y trabajo: se refiere a todos los asuntos relacionados la persona, su estabilidad económica, incluye el entorno físico, social y de trabajo.
2. Biología Humana: todos los aspectos de la salud física y mental, desarrollado en el cuerpo humano, como resultado de la orgánica, para mencionar ejemplos tenemos: fortaleza general, resistencia a la enfermedad, susceptibilidad a la enfermedad, enfermedades genéticas.
3. Estilo de vida: esto es lo que concierne a las decisiones sobre las cuales el individuo tiene el control, son riesgos impuestos creados por el estilo de vida poco saludable, contribuyen a causas de enfermedades, hábitos dietéticos, ejercicio ocio/sedentarismo, abuso de sustancias, alcohol, tabaco o drogas, conductas violentas, conductas sexuales irresponsables, actividades de riesgo, abuso de medicinas.

4. Sistemas de salud y cohesión social: la cantidad, calidad y organización de los servicios de salud y las relaciones de las personas y recursos en la prestación de la atención de la salud, para mencionar lo que corresponde a un servicio adecuado, de calidad, disponibilidad, accesibilidad y costes.

Según lo propuesto por los autores analizados en el Marco teórico de la presente investigación, se establece el presente análisis de situación de la salud, el cual aborda los determinantes sociales de la salud dentro de los CAIPAD de El Sol Brilla para Todos, Talita Cumi y ACEFOPAVAS, de la siguiente manera: la biología humana se relaciona con la dimensión biológica que está relacionada con enfermedades, edad y vejez entre otros factores; el entorno o medio ambiente, hace referencia a la dimensión ecológica, ya que describe la infraestructura y el espacio donde se desarrollan las personas con discapacidad, en este caso los centros, sus hogares y comunidades; en cuanto a los estilos de vida, estos se incluyen en las prácticas que se dan dentro de los centros, saludables y no saludables, es decir, características de la población, y comportamientos del CAIPAD; por otro lado se puede incluir la dimensión económica, porque toma en cuenta actividades económicas de la zona, el tipo de viviendas de la zona, la ocupación en general de los habitantes y por lo tanto de los encargados o padres de familia de los usuarios de los centros. Por último los sistemas sanitarios o servicios de salud se desarrollan en la dimensión conciencia y conducta, en la cual se mencionan los servicios públicos a los que tienen acceso las personas adultas con discapacidad, incluidos los servicios de atención a la salud, brindados por Ebais, Clínicas y Hospitales.

A continuación se desarrolla cada una de las dimensiones (para un abordaje más amplio se puede consultar el anexo XI el cual corresponde a la “Propuesta Inicial de Plan Estratégico”):

### Dimensión biológica:

En esta dimensión se trata lo relacionado con las derivaciones de la biología humana, como edad, sexo, enfermedades y discapacidad de los usuarios de los tres CAIPAD.

La cantidad de usuarios que asisten a los centros son: Talita Cumi 54 usuarios, El Sol Brilla 53 usuarios y ACEFOPAVAS 21 usuarios, de los cuales son hombres y mujeres: Talita Cumi 19 mujeres y 35 hombres, El Sol Brilla para Todos 24 mujeres y 29 hombres y ACEFOPAVAS 17 hombres y 4 mujeres.

Las edades de los que asisten a estos centros son: Talita Cumi 25 años a 57 años, El Sol Brilla para Todos 18 años a 55 años y ACEFOPAVAS 25 a 50 años.

A continuación se menciona algunas discapacidades: síndrome Down, trastornos de conducta, esquizofrenia, parálisis cerebral y asperger y enfermedades como: sobrepeso, presión alta, hipertensión, diabetes, problemas del corazón y asma. En relación con los medicamentos que consumen los usuarios, no se conoce el dato, ya que en los CAIPAD no se lleva un registro, debido a que los usuarios vienen medicados de sus hogares.

Los hombres predominan en comparación con las de mujeres en todos los centros. Y las edades comprenden de los 19 a los 55, los cuales equivale a población adulta pero bastante diversa. Además es importante mencionar que los CAIPAD reciben a personas con discapacidades bastantes significativas, modalidad A, o sea personas que requieren de apoyos prolongados o permanentes en algunas áreas de la vida cotidiana y modalidad B son quienes requieren de apoyos prolongados o permanentes para el desempeño de la mayoría de las actividades ocupacionales y de la vida cotidiana.

### Dimensión ecológica

En esta dimensión se trata lo referente a la infraestructura, organización del lugar, fuentes de contaminación o riesgo de los tres centros en estudio.

Talita Cumi (Naranjo) la infraestructura es propia, poseen las adaptaciones y el espacio adecuado.

En el centro El Sol Brilla para Todos: La infraestructura es prestada, no posee las adaptaciones pertinentes, ni el espacio.

ACEFOPAVAS (Heredia): El CAIPAD se encuentra ubicado en las instalaciones del CNREE, no posee las adaptaciones adecuadas ni el espacio apropiado.

De lo expuesto anteriormente, se puede valorar que dos de los CAIPAD de alguna u otra situación presentan carencia en su infraestructura, ya sea porque esta no es propia o porque no posee el espacio y las adaptaciones necesarias correspondientes a la Ley 7600 para las personas con discapacidad.

#### Dimensión económica

En esta dimensión hace referencia a todo lo que son las actividades productivas de los CAIPAD, el tipo de vivienda de los usuarios, la ocupación de los familiares de los usuarios y servicio de salud, con el fin de tener un mapa de la situación en que se desarrollan las personas con discapacidad y sus familias.

En Talita Cumi las actividades que realizan los usuarios del CAIPAD son: reciclaje, cuidado del mariposario (actualmente fuera de uso), ensamble de prensas, invernadero donde realizan el cultivo de lechuga hidropónica que son vendidas por los usuarios a las personas de la comunidad. También realizan actividades educativas y de capacitación. Pero estas actividades no generan ningún ingreso económico para los usuarios. El CAIPAD solo ha logrado insertar laboralmente aun usuario.

Para financiar los proyectos el CAIPAD cuenta con la ayuda económica de la JPS y JICA, el INA y el MEP, este último les ayuda con capacitaciones. También reciben

colaboración de colegios, municipalidades y comunidad. Además realizan rifas y bingos para ayudarse con algunos proyectos.

En relación con el lugar de residencia y la condición de la vivienda, se tiene que todos los usuarios son del catón de Naranjo, la mayoría sino en su totalidad son de bajos recursos, algunos viven en residencias privadas, otros cuentan con la posibilidad de estar en albergues, en condición referida o lo que se llama hogar grupal, pero muchos de ellos viven con sus padres de familia y encargados. La mayoría de las viviendas son muy humildes. Y hay un usuario que vive con su familia en un galerón (En el momento de la obtención de la información no se contó con los datos específicos de la cantidad de usuarios).

En cuanto a la salud se tiene que los usuarios utilizan el servicio brindado por el Estado, el cual está a cargo de la CCSS, como hospitales, clínicas y el Ebais de la zona. Y en caso de emergencia acuden al servicio de la Cruz Roja. En el CAIPAD se cuenta con el servicio de terapia física, debido a que hay un convenio con la CCSS, el MEP y la JPS.

El Sol Brilla para Todos: Los usuarios realizan diferentes actividades como: taller de baile, educación física, repostería, manualidades y habilidades adaptativas. Pero estas acciones nos les brindan algún ingreso económico del cual puedan contar para su manutención. Algunos de ellos reciben becas de instituciones del Estado como la JPS y el CNREE.

Para realizar dichas actividades, el centro recibe colaboración económica de la Junta de Protección Social y del Walmart que colabora con alimentos para el consumo de los usuarios y educadoras. Además se solicita una colaboración mensual de cinco mil colones a los padres.

Entre la ocupación de los padres de los usuarios están: agricultores, abogados, pensionados y jefas de hogar. La mayoría de las viviendas, son adquiridas por ayuda que les ofrece el IMAS y el bono de vivienda. Según datos brindados por las educadoras, el estado de la vivienda de los usuarios es: 26 casas en buen estado, 18 casas en estado regular y 2 casas en mal estado: 2. Hay 11 usuarios que viven en casa hogar y 4 viven solos.

Los usuarios utilizan los servicios de salud brindados por la CCSS, además en el centro les garantizan otras opciones como: un seguro de les cubre de muerte accidental, incapacidad permanente por accidente y gastos médicos por accidente, y además en caso de enfermedad les financian los costos de algún especialista privado. En relación con el abordaje de charlas de promoción y prevención, estas no se realizan en la institución.

ACEFOPAVAS: Los usuarios realizan diferentes labores como la confección de artículos en madera, cultivo de lechuga hidropónica, cultivo de pepino y chile, ensamble de prensas y reciclaje; la mayoría de los productos son vendidos a los trabajadores del CNREE y en ferias, ingresos que son utilizados para comprar más materiales.

En relación con la ocupación de los padres de los usuarios, se tiene que el 20% de ellos son educadores y el 80% son madres que se dedican a quehaceres del hogar y que no reciben salario. Algunos reciben subsidios por el CNREE y por el IMAS. Es poca la información que se conoce sobre la situación familiar de los usuarios por lo que actualmente se están realizando iniciativas, como son las visitas a los hogares, los cuales son de escasos recursos.

El CNREE, cubre los costos de agua, luz, teléfono y mantenimiento, lo cual es un factor positivo para el CAIPAD, pero a la vez es negativo porque el edificio que ocupan está en carácter de préstamo.

Los materiales que se utilizan para realizar las diferentes actividades se compran con dinero que la JPS brinda como donación, el cual también es utilizado para incluir alimentación más saludable a los usuarios como ensalada y refrescos naturales a la hora del almuerzo, para realizar giras recreativas y educativas, y la compra de bultos, zapatos, uniformes, ropa para fin de año, y uniformes para el equipo de fútbol.

Sobre la condición de las viviendas en la habitan los usuarios, se desconoce ya que anteriormente no se contaba con un profesional a cargo, y solo un educador estaba disponible para el CAIPAD; en la actualidad se cuenta con una profesional en educación especial quien está realizando visitas a los hogares.

En relación con los servicios de salud se conoce que los usuarios asisten a las clínicas correspondientes a su lugar de residencia. El CAIPAD desconoce sobre los tratamientos y citas médicas. En algunas ocasiones, los integrantes de la Junta directiva les traen oculistas. Es importante mencionar que el centro tiene un instrumento para medir la presión y temperatura de forma digital. Pero en este no se realizan charlas de promoción y prevención de la salud.

Como se apreció en el apartado correspondiente al aspecto económico, en los tres CAIPAD se realizan diferentes actividades como ensamble de prensas, centro de acopio, capacitaciones, manualidades, viveros, trabajo en madera entre otras actividades pero estas no generan ningún ingreso económico para ninguno de los usuarios. La mayoría recibe ayuda de la JPS, IMAS y CNREE. En su totalidad, los usuarios provienen de hogares de bajos recursos y las viviendas son humildes y se presenta un caso de un usuario que vive en un galerón.

#### Dimensión de conciencia y conducta

Se refiere a la organización administrativa, participación comunitaria, interinstitucionalidad, medios de comunicación, higiene, violencia, adicciones y nutrición.

El CAIPAD Talita Cumi está ubicado en el distrito de Cirrí, pertenece al catón de Naranjo provincia Alajuela. En el cantón se brinda distintos servicios como: Bancos Cooperativas o Mutuales, Municipalidad, Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Acueductos y Alcantarillados, MEP, CCSS e ICE, entre otros. Además, se pueden encontrar otras instituciones sociales como son: Juntas de desarrollo comunal, Hogar de ancianos, Comité Cantonal de Deportes y Recreación, Comité Cantonal de la Persona Joven, Scout, INA y ASADAS, entre otras (Municipalidad de Naranjo, 2011).

La organización administrativa del CAIPAD está integrada por: la Asociación Talita Cumi la cual está representada por la Junta Directiva que se encarga de realizar la compra de

materiales y pago de educadoras, y decide la ejecución de las actividades a realizar; la comisión de padres y el equipo de trabajo el cual está compuesto por cinco educadoras que se dedican a realizar las actividades planificadas y hay una educadora que ejerce el cargo de directora. Las docentes son de varias disciplinas: educadoras especiales, terapeuta ocupacional y trabajadora social, por cada área temática se dividen su rol en el centro.

Es importante mencionar que hace falta fortalecer la comunicación entre la Junta Directiva y las educadoras del CAIPAD, ya que según las entrevistas realizadas se demostró que se encuentra debilitada. Además, hay una lista de espera de usuarios que solicitaron el servicio y este no se les puede brindar debido a la cantidad de educadores que posee el centro, quienes no podrían cubrir una demanda superior a la actual.

La participación comunitaria es mínima, sin embargo tratan de involucrar a la población por medio de la recolección de reciclaje, venta de lechuga y los invitan a los bingos que se realizan en el centro, pero la integración es insuficiente.

La institución con la cual tienen más involucramiento es con el INA, el cual les colabora con capacitaciones. La JPS, IMAS y CNREE, les colabora con financiamiento. En relación con los demás CAIPAD en investigación, no se genera una relación comunicativa entre las instituciones.

Sobre los medios de comunicación, estos son bastante accesibles; se cuenta con teléfono público y señal para celular. El medio de transporte más utilizado por los usuarios es el bus y el servicio es bastante frecuente, además, se cuenta con la disponibilidad de taxis. El CAIPAD está a diez minutos en bus del centro de Naranjo.

En cuanto a las actividades comerciales presentes cerca de la institución, hay una empresa de fabricación de alimentos, el INA y se cuenta con la presencia de empresas pequeñas como los son dos pulperías y dos sodas.

El aseo del centro está a cargo de una persona que se encarga de la limpieza. En cuanto al aseo personal de los usuarios, las educadoras realizan charlas educativas y brindan atención individual a los usuarios que necesiten una mejor orientación en el tema.

En cuanto a los desechos sólidos, la Municipalidad brinda el servicio recolección de basura dos días a la semana. Además, los usuarios promueven el reciclaje por medio del Centro de Acopio dentro del CAIPAD y la comunidad. En cuanto al consumo de agua potable se cuenta con el servicio de Acueductos y Alcantarillados.

En relación con comportamientos en salud de los usuarios y sobre el servicio que se les brinda internamente, se tiene la actividad física, por la cual se les invita a caminar; también practican fútbol y natación en piscina y se está planteando realizar dos días por semana actividad física. Violencia: según información brindada por las educadoras, se han presentado casos de violencia emocional y violencia sexual, las cuales se han dado en el nivel intrafamiliar y entre las parejas. Los casos se atienden en el CAIPAD cuando se presenta una crisis y son referidos a la trabajadora social.

Adicciones: Actualmente no se conoce si algún usuario consume alguna droga ilícita o lícita; años atrás se presentó el problema de que uno de los usuarios consumía cigarrillos de tabaco, pero este se retiró. En el centro se les brinda a los usuarios el servicio de alimentación y el menú es confeccionado por una nutricionista. Cuando los usuarios están con sobrepeso, se les da menos proporción de harina y las educadoras les brindan orientación nutricional. La alimentación que tienen en sus hogares no es controlada por las docentes y desconocen el tipo de comida que ingieren.

### El Sol Brilla para Todos

El CAIPAD está ubicado en la provincia de Alajuela, en el cantón de San Ramón en el distrito San Isidro. Cerca de la institución se puede observar casas, pulpería, iglesia católica y salón comunal.

En el cantón se puede encontrar varias organizaciones e instituciones estatales Sede de Occidente de la Universidad de Costa Rica, Asociación de Desarrollo, Municipalidad, tiendas de ropa, zapaterías, joyerías y venta de comidas.

En cuanto a la organización administrativa del centro, está compuesto por la Asociación el Sol Brilla para Todos, la cual está representada por una Junta Directiva que se encarga de realizar las compras de los materiales y también de realizar los distintos pagos. Cuenta con un grupo de educadoras, quienes realizan sus diferentes actividades de trabajo; una de ellas ejerce como administradora.

Sobre la participación comunitaria se encontró que desde el centro no se realiza involucramiento con la comunidad. Buscan dar a conocer el sitio por medio de presentaciones en desfiles, presentación del grupo de baile y por medio de las olimpiadas especiales.

En relación con la interinstitucionalidad, en el centro tiene buena comunicación con la UCR, la cual le colabora con estudiantes, quienes realizan prácticas; también una universidad privada les colabora con capacitaciones a usuarios. La JPS les brinda ayuda económica y Walmart les apoya con alimentación. Además la Municipalidad de San Ramón el próximo año les va colaborar con un terreno para construir una nueva infraestructura que cubra sus necesidades.

Por otro lado, los medios de transporte que utilizan son el bus, taxis y los carros de los padres de familia. El servicio de bus es deficiente ya que solo cada hora pasa un bus por la zona. En el CAIPAD se cuenta con el servicio de luz y teléfono, y hay señal para celular.

En cuanto a la limpieza, el centro generalmente está aseado, hay una señora contratada, quien se presenta una vez al día a realizar la limpieza. Los residuos sólidos quedan a la disposición de los camiones municipales los cuales pasan tres días a la semana. El agua que se consume en la zona es apta para el consumo humano, es suministrada por Acueductos y Alcantarillados.

En relación con la violencia, actividad física, adicciones y nutrición, se obtuvo la siguiente información: Violencia: en cuanto a casos de violencia física y verbal, hay un usuario que es maltratado verbalmente por su madre. En esta situación las educadoras acudieron a un especialista en psicología externo a la institución, ya que no cuentan con un profesional en esta área. Actividad física: dentro de la institución no hay planteamiento dirigido a actividad física, en algunas ocasiones juegan con bolas y realizan estiramientos, pero no hay un proyecto consolidado. Adicciones: no se encontraron casos de usuarios que ingirieran algún tipo de droga. Nutrición: la institución brinda el servicio de alimentación de almuerzo y merienda; el menú no es realizado por nutricionista. En las meriendas siempre se les da alguna fruta de la época, ya que anteriormente los usuarios traían alimentos de sus hogares poco saludables; los alimentos son preparados por una de las educadoras.

#### ACEFOPAVAS:

Está ubicado en la provincia de Heredia, en el cantón de Ulloa, barrio la Valencia, precisamente en las instalaciones del CNREE. Esta es una zona industrial; en la cercanía se encuentran ventas de automóviles, el Cementerio Jardines del Recuerdo, lotes vacíos y pocas casas. La población que interactúan los usuarios es con los empleados del CNREE.

Administrativamente, el CAIPAD está conformada por la Asociación ACEFOPAVAS, la cual está representada por la Junta Directiva y tiene bajo su responsabilidad el aprobar los proyectos y comprar los materiales. También lo conforman los educadores; actualmente hay dos docentes uno en artes industriales, quien también tiene el cargo administrativo, y otra en educación especial. Los padres no son un grupo participativo.

La relación entre la Junta Directiva y los educadores es en muchos casos estable. Pero el año pasado se presentaba un problema bastantes importante, ya que solo había un educador el cual se encargaba de todos los estudiantes y de ejercer el cargo administrativo, actualmente se contrató a otro docente.

No hay participación comunitaria y esto se le puede atribuir a la ubicación de la instalación ya que se encuentra en una zona no muy habitada y los usuarios provienen de lugares alejados del centro.

Sobre interinstitucionalidad, se cuenta con la participación de la Universidad Nacional (UNA), que les colabora con capacitaciones y con estudiantes que realizan sus prácticas. La JPS les colabora con ayuda económica y como se ha mencionado anteriormente, el CNREE les brinda la instalación.

Los medios de comunicación con los que cuentan son: teléfono fijo, señal para celular y red para internet. En los alrededores del centro no se cuenta con teléfonos públicos. En cuanto los medios de transporte el bus y microbús privada son los más utilizados por los usuarios.

En cuanto a la higiene, se cuenta con el servicio de limpieza y con el servicio de agua apta para el consumo humano. En relación con la higiene de los usuarios, el profesor, conversa con ellos al respecto y hablan personalmente y en privado si fuera necesario hacer alguna recomendación. La Municipalidad de Heredia brinda el servicio de recolección de desechos sólidos. Además, los usuarios se encargan de reciclar en los desechos dispuestos por el CNREE.

Sobre adicciones, actividad física, nutrición y violencia. Adicciones: el educador no conoce casos de adicciones en el centro; como su relación con los usuarios es bastante buena, conversa con ellos sobre el tema, pero no se imparten talleres ni charlas. Actividad física: dentro del plan de trabajo no se trata la temática de actividad física. En el tiempo de recreo los usuarios practican fútbol. Nutrición: dentro del plan de trabajo no se tratan temas nutricionales pero se les fomenta el consumo de ensaladas, las cuales son preparadas por los usuarios antes de cada almuerzo, con productos cosechados por ellos. El CAIPAD no controla la alimentación que tienen ya que ellos traen su comida preparadas desde sus hogares. Violencia: no se conocen datos de violencia en los hogares, ya que como se mencionó en el apartado anterior, hasta ahora se están implementando las visitas a los

hogares. Uno de los resultados que del análisis FODA, se refiere a lo exteriorizado por una de las usuarias y es que en las calles las personas los discriminan y les gritan palabras ofensivas.

En este apartado es muy importante resaltar que las temáticas de violencia, nutrición y actividad física no se les da un tratamiento adecuado en los tres centros analizados; no se les brinda a los usuarios la información pertinente, para que estos puedan cambiar estilos de vida y prevenir enfermedades. En el apartado biológico se apreció que los usuarios presentan enfermedades como obesidad y presión alta, entre otras lo cual es un factor de riesgo. Los casos de violencia sexual y emocional son temáticas muy delicada que deben ser intervenidas con las personas afectadas y con aquellos que pudiera estar viviendo alguna situación similar.

Por lo tanto se observa que según lo planteado por los autores mencionados al inicio del apartado es fundamental para conocer la situación en salud de las personas adultas con discapacidad, el análisis de las dimensiones aquí desarrolladas. Nos demuestra que hay elementos que se pueden fortalecer en una dimensión para obtener beneficios en otra. Por ejemplo, fortalecer la dimensión de conciencia y conducta puede favorecer a la dimensión biológica y así traer resultados positivos en salud y por ende al funcionamiento de la organización.

#### Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)

Se trabajó con el Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), el cual es una herramienta sencilla que da dirección a la organización, en este caso a los miembros del centro; es una herramienta apropiada para trabajar en la etapa de diagnóstico y análisis situacional con miras a una planificación integral (Díaz, 2005). Se trata de un análisis acorde con la promoción de la salud, ya que busca un abordaje íntegro, teniendo en consideración el entorno en el que se desenvuelven los integrantes de las instituciones. Tal y como se menciona en la Quinta Conferencia de la Promoción de la Salud (2000):

“la promoción de la salud incluye acciones dirigidas tanto a los factores determinantes de la salud que no pueden ser controlados en forma inmediata por las personas, incluidas las condiciones sociales, económicas y ambientales y los factores determinantes dentro del control más inmediato de los individuos, incluidos los comportamientos de salud individual”(p.17).

Los factores internos corresponden a las Fortalezas y las Debilidades, los externos las Oportunidades y las Amenazas. Para la ejecución del FODA fue muy importante valorar cada uno de los factores, relacionados directamente con la planificación estratégica como: recurso humano maduro, capaz y experimentado así como sus habilidades y destrezas para hacer algo; activos físicos, finanzas sanas, sistema de trabajo eficientes, costos bajos, producto y servicio competitivo, imagen institucional reconocida, convenios y asociaciones estratégicas, entre otras (Ramírez, 2009).

A partir de estos se estableció una serie de criterios a conocer en el momento de la aplicación del análisis, en conjunto con factores claves de la promoción de la salud los cuales son: creación y protección de ambientes saludables, fortalecimiento de la acción comunitaria, fortalecimiento de las potencialidades individuales y colectivas, participación social, educación para la salud, mercadotecnia social, intersectorialidad, construcción de alianzas y abogacía.

Como método se utilizó una plantilla guía para la búsqueda de factores que inciden en la planificación estratégica en promoción de la salud externos e internos la misma la pueden encontrar en el anexo VI.

Como resultado de los factores externos se obtuvo, se obtuvo que las oportunidades son aquellas circunstancias del entorno que son potencialmente favorables para la organización (Ramírez, 2009). Estas oportunidades se presentan en los CAIPAD por medio de colaboración económica y capacitación por parte de organizaciones nacionales e internacionales a algunos centros. Como organismos colaboradores se identificaron la JPS, JICA, CNREE e IMAS. Dichos organismos colaboran con ayuda económica la cual es utilizada para compra de materiales, pago de salarios a profesionales que conforman el equipo base y no pueden ser pagados por el MEP y actividades recreativas, entre otras. Los

organismos que capacitan a los docentes son CNREE, INA y UNA. La construcción de alianzas es una herramienta de la promoción de la salud, según Solano (2002) puede haber diferentes formas de aliarse y diferentes aliados del sector público, privado, organizaciones no gubernamentales entre otras. En este caso el tipo de alianzas o aliados que tienen algunos centros son el sector económico y de capacitaciones. Esta herramienta se puede potenciar, ya que se debe replicar en todos los CAIPAD y buscar otras opciones y diferentes aliados. En otra posición pero muy similar a la anterior, Rosales (2008) menciona en su libro de “Formulación y Evaluación de Proyectos” que un factor muy importante antes de iniciar la búsqueda de recurso financiero es necesario contar con las instituciones nacionales, internacionales, públicas o privadas que apoyan proyectos a las problemática en cuestión. Es por ello que en este punto se concluye que la construcción de alianzas es una herramienta que se convierte en una oportunidad para la organización, ya que estos pueden ser unos socios fundamentales, por lo cual hay que potenciarla en dichos centros y tomarla en cuenta al inicio de la formulación de estrategias en planificación en promoción de la salud.

Las amenazas, según Ramírez (2009), son factores del entorno que resultan en circunstancias adversas que ponen en riesgo el alcance de los objetivos establecidos en la organización. Como resultado de amenazas en el análisis se encontró: en algunos CAIPAD, tal es el caso de San Ramón y Heredia, las instalaciones son prestadas, lo cual resulta un factor amenazante para la institución, ya que por circunstancias externas pueden tener dificultades y les pueden solicitar desocupar el espacio; además, no tienen la facilidad para realizar modificaciones y si las hicieran, sería dinero mal invertido, lo pueden perder. Esto va muy relacionado con la línea de acción de la promoción de la salud la cual corresponde a la creación y protección de ambientes saludables de la promoción de la salud establecidos en la Carta de Ottawa, en 1986, donde rescatan la estrecha unión y dinámica entre la persona y el ambiente en que ésta se desenvuelve, hace que la salud y el ambiente constituyan dimensiones necesariamente vinculadas y cercanas. Las modificaciones en el medio en que se desenvuelven las personas habitualmente, en el trabajo, en su recreación, afectan de forma significativa su situación de salud (Solano, 2002).

Es importante que los CAIPAD busquen su crecimiento en un lugar propio para ofrecer un ambiente adecuado a los usuarios, en este caso se puede retomar la importancia de la construcción de alianzas, ya que de ellas el centro puede obtener recursos con los cuales no contaba. Es importante rescatar que las amenazas se pueden convertir en fortalezas para los CAIPAD, debido a que se pueden dirigir al mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, entre otros, haciéndolos más sanos y amigables, no sólo para proteger la salud sino para aumentarla al máximo, así como el nivel de calidad de vida (Restrepo & Málaga, 2001).

Una de las principales preocupaciones de los docentes de los CAIPAD es la falta de compromiso en la participación de los padres, madres y otros miembros de la familia quienes consideran a los CAIPAD como guarderías; mencionan que a pesar de la intención de involucrarlos, su participación es mínima o siempre son los mismos padres que colaboran. Según Sarto (2001), la familia debe ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social, por lo cual la familia es un pilar fundamental para el desarrollo de las personas con discapacidad, para llevar un acompañamiento de la institución al hogar y viceversa.

Otra de las problemáticas que enfrentan los centros es la ausencia de empleo para las personas con discapacidad, por lo que se debe retomar uno de los objetivos: incorporar a sus usuarios a fuentes de empleo. A nivel nacional existe la “Ley 7600” (1996) y la “Ley N° 8862 de Inclusión y Protección Laboral de las Personas con Discapacidad en el Sector Público”, las cuales buscan la inclusión, así como asegurar el espacio en puestos de empleo de las personas con discapacidad. Según datos del Censo 2011, un 58% de la población con discapacidad con edades entre los 15 y 35 años carece de empleo, un poco menos de la mitad está desempleada. Por otro lado, según el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica (2012), los logros alcanzados son significativos pero insuficientes, ya que aún persisten problemas de discriminación, limitado acceso y exclusión para que las personas con

discapacidad se integren de manera plena a las actividades económicas. Es una realidad la cual viven las personas con discapacidad y les afecta día con día.

Hoy en día, las personas con discapacidad continúan siendo víctimas de discriminación, en el caso de nuestra investigación lo vemos reflejado en algunos de los usuarios, los cuales reciben insultos por parte de la población; es importante reconocer que no tener una vida plena y no gozar de oportunidades y derechos, se convierte en discriminación y va en contra de la legislación nacional, como la Ley 7600. Según datos brindados por la Organización de las Naciones Unidas (2009), el 98% de los niños con discapacidad de los países en desarrollo no asiste a la escuela, cerca de la tercera parte de los niños de la calle del mundo poseen alguna discapacidad, mientras que la tasa de alfabetización de adultos con discapacidad representa por lo menos un 3%, correspondiendo a las mujeres discapacidad un 1% en algunos países.

Otra amenaza es que no hay un trabajo coordinado entre instituciones y organizaciones; falta comunicación entre los CAIPAD, inadecuada rectoría por parte de las instituciones estatales a cargo como lo son el MEP y CNREE; además, el involucramiento entre los centros con la comunidad, es mínimo. La inadecuada rectoría es uno de los principales problemas, que tiene consecuencias como la ausencia de un plan de trabajo específico y unificado según las necesidades y posibilidades y que pueda ser desarrollado por parte del educador. El MEP les entrega un documento a manera de guía, pero no les especifica el rumbo adecuado a seguir; además la Junta Directiva dificulta el trabajo de los educadores, en su campo profesional, ya que no les aprueban realizar las actividades que ellos consideren apropiadas para los usuarios, y estos no cuentan con el adecuado respaldo de su jefe inmediato, el MEP.

Los DECDOP y DEE les corresponde promover el desarrollo y consolidación de un sistema educativo de excelencia que permita el acceso de toda la población a una educación de calidad. También brindan un programa para que los educadores de cada centro lo apliquen. Y por el decreto 33550 del MEP, el cual brinda también con apoyo económico de los Centros

privados (MEP, 2000). Por otro lado, para que el MEP autorice la apertura de un CAIPAD, éste debe estar respaldado por una Junta Directiva de la Asociación, según la Ley N° 218 Ley de Asociaciones (2001) y la Ley N° 5338 Ley de Fundaciones 1978, a las cuales les corresponden cumplir algunos roles administrativos siempre y cuando respetando el accionar del equipo base, la mismas Ley esta citados en el Marco Legal de este documento.

Los docentes elevan su queja al MEP pero no reciben respuesta alguna. Por lo tanto, un inadecuado instrumento de trabajo y la ausencia de una apropiada dirección entre los roles de la Junta Directiva y los educadores perjudican el funcionamiento del Centro y por ende el crecimiento personal de los usuarios. Según la entrevista realizada a trabajadores del DECDOP del MEP, se reconocen las diferentes necesidades que tienen los CAIPAD en cuanto a infraestructura y personal o equipo base incompleto, pero mencionan que hay actividades que a ellos no les corresponden sino al DEE como lo es la metodología de trabajo; además, mencionan que a ellos les corresponde atender a todos los centros y no dan abasto. Al DEE le corresponde: Coordinar con el DECDOP la atención de situaciones particulares gestadas a los interno de los centros, respetando las competencias de cada dependencia y según los lineamientos vigentes (Artículo #14, Decreto N° 33550- MEP<sup>1</sup>). Les corresponde brindar orientaciones técnicas al Equipo Base del CAIPAD, responsable de la atención integral de la población adulta en relación con la adecuada implementación del Plan de

---

<sup>1</sup>Artículo 14. Disposiciones comunes sobre control y seguimiento de la debida utilización del estímulo estatal. Las instituciones educativas privadas, que reciban algún tipo de estímulo estatal, deberán someterse a la fiscalización y control del Departamento de Centros Docentes Privados y sus auxiliares, la Auditoría Interna del Ministerio de Educación Pública y la Contraloría General de la República, de conformidad con el bloque de legalidad aplicable.

El Departamento de Centros Docentes Privados, deberá constituirse como la unidad encargada del seguimiento y control de la asignación y utilización de los estímulos otorgados a la educación privada, para lo cual, podrá hacerse servir de los departamentos y oficinas ministeriales que se considere oportunos, lo que para todo los efectos jurídicos se reputarán como sus auxiliares. Será esta oficina la encargada de llevar el registro oficial de instituciones que reciben algún tipo de estímulo estatal y desarrollar la labor original de seguimiento y control de su adecuada utilización.

El centro privado interesado en recibir el estímulo estatal, al suscribir el contrato correspondiente, autoriza al Ministerio de Educación Pública, a tener acceso a información relativa a su labor educativa y condición financiera, con el fin de verificar el adecuado uso del estímulo otorgado.

Si el estímulo otorgado, no tiene relación alguna con finanzas es decir, no tiene relación con pago de parte del salario de educadores,

transferencia de recursos en general o destacamento de profesores, no será necesario solicitar información financiera a la institución. (Decreto N° 33550- MEP)

Estudio vigente (Artículo 70 inciso h, Decreto 36451 el cual dice: Brindar asesoría técnica para la implementación y desarrollo pertinente de los servicios y ofertas de Educación Especial, en el nivel regional).

Otra institución la cual debería de ejercer rectoría es el CNREE, ya que es el ente a nivel nacional a cargo de velar por las personas con discapacidad del país. A continuación se exponen las funciones que están relacionadas y que pueden servir de aporte al funcionamiento de los centros, según el artículo de la Ley de Creación y Reglamento Orgánico del CNREE:

1. Servir de instrumento coordinador y asesor entre las organizaciones públicas y privadas que se ocupan de la rehabilitación y la educación especial.
2. Coordinar un plan nacional de rehabilitación y educación especial que integre sus programas y servicios con los planes específicos de salud, educación y trabajo, evitando duplicidades y utilizando los recursos económicos y humanos disponibles.
3. Fomentar medidas que aseguren las máximas oportunidades de empleos para las personas con discapacidad física y mental.
4. Gestionar, en coordinación con los ministerios respectivos, la provisión anual de los fondos necesarios para la atención debida de los programas de rehabilitación y la educación espacial asegurando su utilización para los fines establecidos (CNREE, 1997, p. 1-5). Según los puntos anteriores, se aprecia que la participación del CNREE en el funcionamiento de los CAIPAD es fundamental, actualmente representantes de dichas institución, realizan capacitaciones y han generado documentos bastante interesantes, pero se necesita un acompañamiento más a fondo y participativo.

Desde la promoción de la salud, se recomienda intersectorialidad e interinstitucionalidad. Según la CCSS (2001) los problemas y necesidades en salud de una población, son el resultado de una serie de condicionantes, que no pueden ser resueltos desde el sector salud. Por esta razón, es necesario el esfuerzo coordinado de los diferentes sectores,

relacionados con el desarrollo social y, por ende, con el bienestar de los diferentes colectivos sociales. La salud de las personas adultas con discapacidad es un trabajo en conjunto con instituciones tales como: CCSS, MSP, MEP, CNREE, AGEICO, municipalidades, industrias de la zona, miembros de la comunidad y universidades públicas, entre otras.

Por otro lado, los CAIPAD están desprovistos de leyes específicas que los amparen ya que las que los protegen no están dirigidas específicamente a ellos, tales como: Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad y respectivo reglamento (1996), Ley 8661 Aprobación de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Plan de Estudios, aprobado por el Consejo Superior de Educación (Sesión 37-2003), Decreto N° 33550-MEP, Reglamento de Otorgamiento de Estímulo a la iniciativa Privada en Materia de Educación por parte del Ministerio de Educación Pública (2007) y Ley N° 8791 Estimulo Estatal de pago de salarios de personal docentes y administrativo de las instituciones privadas de enseñanza (2010) (MEP, 2000, p. 7).

Y por último y no menos importante, se encuentra el inadecuado análisis de la atención a la situación de los usuarios de forma integral (entorno familiar, vivienda comunidad y servicios de salud). Esto se debe a que no hay un control adecuado sobre el análisis específico y de seguimiento del medio en que se desarrollan los usuarios y sobre ellos mismos. Como menciona Perea (2004) en su concepto de salud:

“...se concibe al ser humano como un ser integral, que trasciende de manera dinámica y cambiante, en la que confluyen otros procesos biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que se relacionan directamente con el entorno inmediato de las personas y su convivencia con los demás”(p. 14)

Por lo cual, de acuerdo con el análisis visto desde la promoción de la salud, se debe alcanzar un proceso social y político que no solamente se dirige a fortalecer las habilidades y conocimientos de los individuos en salud, sino también a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas para aliviar su efecto en el público y en la salud de cada individuo” (OMS, 1986).

Y para alcanzar esto se requiere un análisis integral de los usuarios en su entorno, para conocer cuáles son sus principales necesidades y trabajar sobre las mismas y potenciar los factores positivos.

Sobre los factores internos: las fortalezas son aquellos elementos que están bajo el control de la organización y permiten un alto nivel de desempeño, generando ventajas o beneficios presentes y claro, con posibilidades atractivas en el futuro (Ramírez, 2009).

Algunas ventajas que podemos encontrar en los centros analizados son la buena comunicación entre docentes y adecuada comunicación entre usuarios. Al respecto, Andrade (2005) se refiere como un conjunto de actividades efectuadas por la organización para la creación y mantenimiento de buenas relaciones con y entre sus miembros a través del uso de diferentes medios de comunicación que los mantenga informados, integrados y motivados para contribuir con su trabajo al logro de los objetivos organizacionales. Por ende la comunicación entre educadores se considera un pilar fundamental para que los CAIPAD logren sus metas.

Otro factor interno positivo del CAIPAD es la adecuada infraestructura en los centros de Naranjo y Heredia; estos cuentan con los requerimientos estipulados por la Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1996), poseen rampas, sanitarios, puertas y, lavatorios con las adaptaciones adecuadas.

Además, los centros de Heredia y San Ramón disponen del servicio de microbuses para el traslado de usuarios a la salida de las actividades diarias en el CAIPAD; este es un factor positivo ya que en el caso de Heredia, la carretera en que se encuentra el centro es muy transitada, y en el caso de San Ramón los buses pasan cada hora.

El centro de Naranjo específicamente, tiene como otro factor interno positivo la presencia del equipo base completa, según la normativa del MEP ya indicada. Esto permite a los educadores brindar una atención de calidad y un tratamiento integral a los usuarios mediante el desarrollo de un trabajo de equipo y la implementación adecuada del respectivo Plan de Estudios (MEP, 2000).

Las debilidades son aquellas circunstancias en que la organización tiene bajos niveles de desempeño y por tanto es vulnerable (Ramírez, 2009). Se concluyó que las debilidades que tienen los centros son mala comunicación y ausencia de trabajo en equipo, entre grupos de la organización, en este caso la asociación y educadores. En el apartado anterior se mencionó según Andrade (2005): la adecuada comunicación es un componente que ayuda a cumplir los objetivos de la organización. El trabajo en equipo constituye una herramienta esencial para abordar tareas cada vez más complejas en torno en un ambiente cambiante (Cardona & Wilkison, 2006), por lo cual la mala interacción entre Junta Directiva y educadores siendo miembros claves para la institución, es una debilidad bastante significativa que puede afectar el desempeño de los CAIPAD.

Además, no hay comunicación asertiva entre asociación y educadores con los usuarios, estos no pueden expresar las actividades que les gusta realizar. En la carta de Bangkok (2005), se propone que la promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar esta. Por lo cual se considera fundamental la participación de los usuarios para la construcción y empoderamiento de su salud.

En el CAIPAD de San Ramón presentan una dificultad que afecta a la organización como lo es la infraestructura, ya que no poseen los requerimientos acordes con la Ley 7600 (1996); los usuarios y las educadoras logran realizar las actividades según el recurso que poseen, pero este es un factor negativo, ya que la interrelación entre los ambientes, los estilos de vida y comportamientos saludables, es muy estrecha, de tal manera que ambientes amenazantes determinan una mayor probabilidad de que los niveles de salud individual y colectiva sean contraproducentes (Buck, 1985). Actualmente se está gestionando para que la Municipalidad de San Ramón les brinde un espacio adecuado y propio; es importante agregar que las listas de espera de usuarios nuevos es cada vez más grande.

Otras de las dificultades que presentan los CAIPAD es la ausencia de un objetivo, misión y visión definidas. En un solo centro se puede encontrar diferencias por grupo, por

ejemplo los educadores y la asociación poseen visión, misión y objetivos diferentes y por otro lado el MEP les provee unos distintos.

Debe tenerse en consideración que estos tres factores le ayudan al centro a describir la razón de ser de la organización, establecer su “quehacer” institucional, los bienes y servicios que entrega, las funciones principales que la distinguen y la hacen diferente de otras instituciones y justifican su existencia. Además, corresponde al futuro deseado de la organización. Representa los valores con los cuales se fundamentará su accionar público (CEPAL, 2009). Por lo tanto la definición y el acuerdo de estos tres conceptos (misión, visión y objetivos) se convierten en un pilar para el organismo para alcanzar lo deseado.

En el apartado de fortalezas se menciona que el CAIPAD de Naranjo posee el equipo base completo, seis profesionales en distintas áreas, pero en el caso de Heredia sólo posee un educador con especialidad en artes industriales y para este año lograron contratar a una profesional en educación especial, por lo cual se conoce que tener el equipo base incompleto es una debilidad para el centro ACEFOPAVAS.

Según el MEP, este equipo base debe cumplir distintas obligaciones algunas de estas son:

1. Brindar una atención de calidad y un abordaje integral a los usuarios.
2. Elaborar informes cuatrimestrales y documentación solicitada por el MEP.
3. Participar en todos los servicios que ofrecen a los usuarios, incluyendo los programas de orientación a las familias.
4. Realizar valoración individual y análisis de situación específicas en equipo, durante la etapa inicial, en proceso y de salida o reubicación de los usuarios y elaboración de informes respectivos.
5. Participar en actividades recreativas o culturales, que sean organizadas como parte de los programas de atención a la población usuaria.

6. Identificar las principales de recursos materiales requeridos para la implementación de las diferentes acciones planificadas.

7. Además, uno de los educadores debe tener el recargo de dirección; esto entre otras actividades.

Analizando las diferentes actividades que deben realizar los educadores, se refleja la importancia del papel que ejercen todos los profesionales (MEP, 2000, p. 6). Al MEP le corresponde el pago de salario del personal docente y administrativo de la institución. Pero actualmente no poseen el dinero para designar más profesionales. En el CAIPAD reconocen la importancia de un grupo interdisciplinario, pero no tienen el recurso necesario para contratarlo.

La ausencia del abordaje de temas en salud, promoción de la salud y la falta de proyectos dirigidos a personas adultas con discapacidad en temas como violencia emocional y sexual, actividad física y nutrición, se convierte en una debilidad presente y expresada por los usuarios y educadores de los CAIPAD. Según el MEP (2000), la propuesta de atención que ofrecen los centros está orientada hacia el desarrollo de habilidades ocupacionales y sociales, así como destrezas útiles para el desempeño cotidiano de la persona adulta con discapacidad.

Dentro de esta oferta de atención integral del MEP para la consecución de la autonomía personal se consideran las siguientes áreas de trabajo: Vida diaria, Personal social, Ocupación básica, Académica funcional y Formación laboral. Pero a la hora de la ejecución no se abordan los diferentes ejes mencionados debido a un inadecuado asesoramiento dado al personal docente, ausencia del personal básico completo e inadecuada infraestructura, entre otras causas. Además, hay una necesidad de abarcar temas en salud y promoción de la salud dirigidos específicamente a personas adultas con discapacidad, por lo cual una iniciativa desde educación para la salud puede ser una alternativa que ayude al empoderamiento de la salud a esta población:

“La educación para la salud tiene como función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad sino en promover en promover estilos de vida saludable; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral” (Perea, 2004, p.17).

Otro factor a tomar en cuenta es que las personas adultas con discapacidad tienen mayores necesidades en salud que una persona sin discapacidad. Según la OMS (2014) “la detección del cáncer mamario y cervicouterino se practica con menos frecuencia en las mujeres con discapacidad. El peso de las personas con deficiencias intelectuales y diabetes sacarina se verifica con menor frecuencia. Los adolescentes y adultos con discapacidades quedan excluidos más a menudo de los programas de educación sexual”. Dado lo anterior, un abordaje integral en salud desde los CAIPAD resulta una adecuada alternativa para las personas adultas con discapacidad.

#### 4.2 Participación en el diseño de Planes Estratégicos en Promoción de la Salud

En un Plan Estratégico, para que la participación ciudadana y el desarrollo comunitario sean dinámicos, hay que reactivar su actividad comunitaria, entendida como toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y está dirigida a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades, promoviendo el desarrollo comunitario (Viché, 2010).

En este punto es necesario hacer diferencia entre los dos modelos de desarrollo comunitario que existen, según define Viché (2010):

1. Modelo de planificación: se establece un control exterior a la comunidad. La fuerza exterior que induce al cambio persigue unos objetivos que coinciden con las necesidades de desarrollo.

2. Modelo de participación: las propuestas para la construcción y el desarrollo parten de las comunidades. El objetivo es que las comunidades tomen decisiones sobre su propio desarrollo. La importancia de lo local lleva consigo la dimensión popular, participativa, cooperativa, siendo la participación activa de la población uno de los efectos importantes para lograr la construcción y el desarrollo de la planificación estratégica.

El desarrollo o construcción de planes estratégicos y la participación activa de la comunidad son inseparables; la participación implica el acceso real de la población a las decisiones que les afectan, se hace efectiva en el momento en que la ciudadanía se convence de que el programa elaborado responde a sus intereses; su éxito depende básicamente de su colaboración. Cuando se habla de comunidad casi siempre se piensa exclusivamente en la población, pero la comunidad es un sistema de relaciones sociales en un espacio definido, integrado con base en intereses y necesidades compartidas (Viché, 2010).

Los protagonistas de cualquier proceso participativo en un plan estratégico, son varios, en nuestro caso podemos definir tres importantes, según nuestra investigación:

- La Administración o Junta Directiva: es parte fundamental de los procesos participativos por muchos motivos, y entre ellos se señalan: leyes y marco legal, financiación, creación y dotación de recursos y contrataciones de personal de los CAIPAD.
- Servicios, instituciones y profesionales públicos de los sectores implicados en el proceso de construcción: sin la participación de todos los actores clave, es impensable una acción comunitaria eficaz y eficiente.

- La comunidad: concebida aquí como el tejido social de la población, sus grupos formales e informales, sus asociaciones de todo tipo y sus líderes, familiares u encargados.

Cabe destacar que existen tres tipos de participación en los procesos de construcción de planes estratégicos, las cuales son de mucha importancia y en cualquier escenario se pueden dar según Viché (2010):

Participación individual: la realiza una sola persona; esta forma de participación se realiza mediante libre elección de profesionales, donde se da apoyo y acompañamiento de parte de externos, pero aquí el individuo realiza todo el procedimiento de construcción y desarrollo él solo, sin opinión o recomendaciones, según sus criterios.

Participación colectiva: se da por medio de un grupo poblacional o comunitario, personal de instituciones o empresas subordinadas a la sociedad en su conjunto, por lo que se realiza a través de organizaciones comunitarias. Se parte de un análisis colectivo y participativo de las necesidades de la población meta, donde se proponen soluciones o recomendaciones para contrarrestar dichas necesidades.

La participación social: se refiere al involucramiento organizado, activo, comprometido y corresponsable de los actores de la sociedad para alcanzar beneficios comunes; es un medio fundamental para el desarrollo. Si un grupo social u organización cuyos integrantes favorecen la participación conjunta de actores diversos, y colaboran en la construcción de una situación deseada o para resolver asuntos que beneficien a la sociedad, entonces podemos afirmar que existe participación social.

De acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social de México (2006), la participación social se concibe como:

Artículo 55: “derecho de las personas y organizaciones a intervenir e integrarse, individual o colectivamente, en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas, programas y acciones del desarrollo social”.

En este caso hacemos referencia a los CAIPAD como entes que pueden promover la participación social en beneficio de las personas adultas con discapacidad, incluyendo o promoviendo la participación individual y colectiva en los procesos de planificación estratégica y en el desarrollo de la independencia y autonomía de los usuarios.

Para este estudio la planificación estratégica, se concibe como la combinación de técnicas, instrumentos y acciones que una organización o grupo de individuos aplica para alcanzar sus objetivos. Desde un punto de vista tecnológico, se trata de una técnica empleada por la empresa para alcanzar una mayor eficiencia en su organización y un mayor impacto en los distintos segmentos de mercado sobre los que actúa. Se concreta en un Plan de acción (plan estratégico) que se fundamenta en una representación crítica y colectiva de la realidad social, unas finalidades o metas individuales y colectivas, una previsión sobre las dinámicas que se van a generar, una secuencia de acciones y dinámicas comunicativas y un proceso integral y permanente seguimiento del propio plan (Viché, 2010).

La planificación estratégica supone la creación de las condiciones subjetivas, actitudes y estilos de la vida colectiva necesarios para asegurar la integración de las diferentes individualidades y la promoción de procesos solidarios de desarrollo individual y colectivo; no utiliza objetivos operativos o conductuales que inducen a la consecución de metas objetivas y a la emisión de conductas esperables según la lógica del planificador, sino que utiliza objetivos y metas generales de estrategias de actuación que dan pie a la generación de dinámicas individualizadas, una comunicación interactiva y la generación de identidades sociales compartidas (Viché, 2010).

Es por ello que en esta investigación la planificación estratégica se concibe desde el enfoque de promoción de la salud, como herramienta para promover las representaciones

colectivas, la participación social y comunitaria, basada en la solidaridad y el cumplimiento de derechos, así como la inclusión en pro de las personas adultas con discapacidad y el funcionamiento de los CAIPAD, para asegurar estilos de vida inclusivos y sostenibles; considerando de suma importancia la participación en el proceso de construcción y el desarrollo de los planes estratégicos.

La planificación estratégica cuenta con una serie de elementos constitutivos y, como hemos visto en el apartado anterior, con unos elementos metodológicos para la elaboración de su plan de acción. Entre los elementos que constituyen su proceso metodológico de elaboración se encuentran: las técnicas grupales y participativas y la comunicación interactiva.

Como fases de un abordaje estratégico mencionamos las siguientes:

1. Definición del problema: cuál es la necesidad o necesidades principales en el lugar de estudio, definir las prioridades de las necesidades y abordarlas de forma participativa con las personas colaboradoras (comunidad, personal docente, familiares o encargados de las personas adultas con discapacidad).
2. Definición de los objetivos: una vez definidas y priorizadas las necesidades, se formulan objetivos que cumplan con la forma adecuada de abordar dichas necesidades.
3. Definición de las soluciones deseadas: de aquí parte el hecho de que no todas las soluciones propuestas son viables, o no se ven los resultados a corto plazo, por lo que dichas soluciones deben partir de los recursos humanos, económicos y materiales con los que se cuenta para poder desarrollar y ejecutarlas de forma adecuada y por medio de estrategias planteadas.
4. Definición de las estrategias: éstas se precisan después que se establecen los métodos, actividades y materiales que ayudaran a desarrollar los objetivos

previamente planteados, las estrategias deben abordar la mayoría de necesidades y promover la participación colectiva para que sean innovadoras y creen impacto en la población meta.

De aquí la importancia de la Planificación Estratégica en promoción de la salud, por ser una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones.

Al planificar un plan en promoción de la salud a cualquier nivel o en cualquier escenario se ha de considerar el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual se fundamenta tanto en el conocimiento del equipo base respecto a cómo se enseña y cómo aprenden los individuos, como en el conocimiento de las necesidades de salud de las personas o grupo población a quien va dirigido, así como a las prácticas habituales y los aspectos socio-económicos y culturales que presentan.

El Plan Estratégico en promoción de la salud permite que la organización ejecute planes operativos en Promoción de la Salud, siempre con el fin de alcanzar los objetivos de la organización y que velen por el bienestar de todos los miembros del CAIPAD.

La participación en promoción de la salud debe considerar el contexto sociocultural y económico en que se insertan los diferentes actores sociales, para el desarrollo de procesos articulados, que garanticen el ejercicio pleno de la ciudadanía y un mayor bienestar; las acciones que se desarrollen por el componente de promoción de la salud, estarán dirigidas a las personas en las diferentes etapas de la vida, sin distinción de sexo, etnia, nacionalidad, entre otros; se incluye aquí la población con discapacidad. Al ser un tema nuevo que se relaciona con la promoción y del cual se ha oído muy poco, lo hace un reto y por lo tanto un abordaje innovador. De la Promoción de la salud se derivan enfoques que son el marco de referencia basado en principios que fundamentan y orientan su accionar y por lo tanto, tienen como característica el ser transversales. Se mencionan a continuación algunos que se ajustan

a nuestra investigación y se relacionan con los CAIPAD: el desarrollo humano, derechos a la salud, la transdisciplinariedad, la inclusividad y el constructivismo.

También tiene ejes temáticos que constituyen el contenido conceptual sobre temas priorizados, a través de los cuales se da respuesta a las principales necesidades de la población, por lo que se ajusta perfectamente a cualquier investigación; algunos son: derechos humanos, entornos saludables, relaciones familiares saludables, salud mental. Cabe destacar que los que se mencionan se ajustan a la investigación, al igual que los enfoques, pero que existen algunos más. El componente de la promoción de la salud se puede desarrollar en diversos espacios, donde se priorizan las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, centros educativos, comunidades rurales, zonas indígenas, y por supuesto los CAIPAD (Restrepo et al, 2001).

El componente de la promoción de la salud requiere para su implementación, de la participación de diversos actores sociales; para mencionar algunos relacionados con los Centros, se tiene: líderes comunales, educadores, trabajadores sociales, promotores de la salud y personas adultas con discapacidad.

Se requiere de profesionales con conocimientos en diferentes disciplinas que estén sensibilizados y comprometidos con la promoción de la salud; este grupo debe contar con la capacidad organizativa para trabajar la promoción social e incentivar el desarrollo comunal, a partir de los determinantes de la salud que inciden en el proceso de salud-enfermedad de la población (Restrepo et al, 2001).

Para impulsar de forma participativa el diseño del plan estratégico en promoción de la salud de los CAIPAD: ACEFOPAVAS, El Sol Brilla para Todos y Talita Cumi, se buscó que en cada uno de los centros los usuarios, educadores y Junta Directiva participaran en todas las actividades correspondientes, dándole a cada uno durante los procesos, la oportunidad de expresarse de forma abierta e impulsando el hecho de que todos los presentes se involucraran.

En los tres CAIPAD los educadores y usuarios estuvieron anuentes a participar en las actividades realizadas y a colaborar con la recolección de información. En los CAIPAD el Sol brilla para todos y el Talita Cumi no se obtuvo la participación de la Junta Directiva. Por lo contrario, en el CAIPAD ACEFOPAVAS la Junta Directiva respondió a los correos enviados y nos brindó el espacio para trabajar con ellos, el cual fue muy satisfactorio.

Las actividades participativas que se llevaron a cabo en los centros como proceso de construcción de la planificación estratégica, fueron: entrevistas semiestructuradas, revisión de documentación propia de los centros, análisis FODA; en cuanto a este análisis, se trabajó con los docentes (equipo base) y una vez concluido el análisis, se realizó la devolución de los resultados a los usuarios para definir las estrategias a abordar según las necesidades encontradas.

La metodología que se utilizó para los procesos de planificación fue IAP, la cual constituye el estudio en el que los integrantes del grupo, organización o comunidad funjan como coinvestigadores, para resolver problemas cotidianos e inmediatos y mejorar prácticas concretas (Hernández, Fernández & Baptista, 2007). El estudio implicó búsqueda de información entre los funcionarios del CAIPAD, instituciones que se relacionan con estos tales como: MEP, CNREE, los usuarios y familiares de los CAIPAD. Para recolectar los datos, se consideró fundamental la participación de estas personas, ya que están sujetos a esta realidad; esto fue de gran importancia para el análisis de datos, porque sirvió para comprender que ellos son los protagonistas de la investigación porque son los que conocen directamente sus necesidades. La IAP busca dar las herramientas para que las personas puedan influir en la realidad para mejorar sus condiciones, constituye el conocimiento por medio de la práctica, es decir, los participantes que estén viviendo un problema, son los más capacitados para tratarlo de forma natural.

La IAP, está compuesta por tres elementos: investigación, acción y participación, los cuales llevaron a realizar un conjunto de procedimientos y técnicas en búsqueda de un conocimiento reflexivo de la población, y con el fin de abordar la realidad social en la cual

se encuentran inmersos; se requiere la participación, ya que constituye parte de la socialización de los conocimientos de la población en estudio, los cuales suscitan una participación en la toma de conciencia y decisiones, en donde se potencian sus capacidades, para lograr una transformación y mejoramiento de sus necesidades (Ander – Egg, 2003).

Joel Martí (2012) menciona que la Investigación Acción Participativa, consta de un proceso, el cual se divide en las siguientes fases:

PRE-FASE: Etapa de indagación: consta de la detección de los síntomas y la realización de una demanda de intervención, adjunto con el planteamiento de investigación, I FASE: Diagnóstico: Se da el conocimiento del contexto, enlazado al acercamiento de la problemática a partir de la documentación existente y de entrevistas con representantes institucionales y asociativos , II FASE: Programación: Consiste en una apertura a todos los conocimientos y puntos de vista existentes por medio de entrevistas grupales, deconstrucción de los discursos, es decir, métodos cualitativos y participativos más profundos y explicativos, III FASE: Conclusiones y propuestas.

#### 4.3 Estrategias en Promoción de la Salud

Las acciones estratégicas a seguir, a partir de la metodología de Investigación-acción-participativa constituyen tácticas en el marco de la promoción de la salud, dirigidas al mejoramiento de la salud de las personas adultas con discapacidad.

Las estrategias en promoción de la salud con las cuales se trabajó fueron:

- **Educación para la Salud:** es importante ya que al incluir la promoción de la salud dentro de los Centros, es necesario utilizar la educación para la salud como herramienta para la asunción de temas relacionados con la salud, para lograr un empoderamiento de las personas adultas con discapacidad.

- **Construcción de alianzas:** son importantes porque permiten la sensibilización en diversos escenarios donde interactúan las personas adultas con discapacidad, sobre la importancia de incluir actores claves que logren aportar sus esfuerzos para luchar en pro de la discapacidad.

Estas estrategias se plantean según el resultado del análisis FODA en los CAIPAD, se busca mejorar los factores negativos y potenciar los factores positivos, en conjunto con las estrategias en promoción de la salud contrarrestar los vacíos sobre el tema de salud presentes en los Centros.

A partir de los resultados del análisis FODA (Ver Anexo VII), proponemos un programa con el nombre de: “Una nueva perspectiva desde la promoción de la salud para el funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”.

Como antecedentes, se menciona que se trata de una estrategia innovadora de promoción de la salud dirigida a mejorar el funcionamiento de los CAIPAD, utilizando las herramientas de educación para la salud y construcción de alianzas.

Dicha estrategia es nueva, ya que es un abordaje desde promoción de la salud. Los centros trabajan bajo la directriz del MEP, la cual da los pasos básicos a seguir sobre lo que es un CAIPAD además, hay políticas que sirven de guía a dichos centros.

Pero según el análisis realizado, las principales necesidades surgen a partir de: mala comunicación y falta de trabajo en equipo entre la asociación y educadores; no hay comunicación entre asociación y educadores con los usuarios para escuchar sus propuestas; existe una inadecuada infraestructura en el CAIPAD de San Ramón; no se encuentra un objetivo, misión y visión como CAIPAD; faltan proyectos dirigidos a la ausencia del abordaje de temas en salud, promoción de la salud y personas adultas con discapacidad; existe también ausencia del equipo base completo en San Ramón y Naranjo; las instalaciones son prestadas en San Ramón y en Heredia; falta compromiso en la participación de los padres; también falta apertura de empleo para la personas con discapacidad; se encuentra

discriminación por parte de la población; tampoco se cuenta con trabajo interinstitucional con organizaciones; se da falta de comunicación entre todos los CAIPAD del país; y además, existe una inadecuada rectoría por parte de las instituciones estatales a cargo de los centros como lo son el MEP y el CNREE; se encuentra también un mínimo involucramiento entre los CAIPAD con la comunidad; y se encontró ausencia de leyes específicas que se cumplan y amparen a los centros.

Es por ello que se considera necesario un abordaje participativo en el marco de la promoción de la salud, con el fin de modificar ciertas debilidades que afectan al funcionamiento de los CAIPAD y por ende al mejoramiento de la salud de las personas adultas con discapacidad.

Como objetivo general de dicha estrategia está:

- Desarrollar estrategias de promoción de la salud en los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad, que beneficien el funcionamiento de los Centros.

Como objetivos específicos se encuentran:

- Capacitar al personal administrativo de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad sobre la importancia de la promoción de la salud en los Centros.
- Proponer proyectos en Promoción de la Salud para los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad.
- Realizar una guía de seguimiento para el planteamiento de programas en promoción de la salud.

A partir de dichos objetivos se propone una serie de posibles proyectos que vayan de la mano con el programa, el cual se plantea a partir de los resultados del análisis FODA y el análisis de los DSS y que lleva como nombre: “Una nueva perspectiva desde la promoción de la salud para el funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”.

Proyectos Propuestos (Ver anexo XI):

- Educación para la salud: “La educación para la salud: una herramienta para la empoderamiento de la salud en los CAIPAD”
- Construcción de alianzas: “Construyamos alianzas por nuestro CAIPAD”

Las estrategias de promoción de la salud persiguen la educación para la salud, acciones legislativas, empoderamiento y desarrollo comunitarios, lo que se pretende es poner en marcha procesos de cambio social que involucren a las personas para transformarlos entornos en que viven, esto supone trabajar simultáneamente sobre el ámbito personal, organizativo y político. La evaluación de iniciativas de promoción de la salud tiene sentido cuando permite comprender mejor el programa y su contexto y sirve para mejorarlo atendiendo criterios de factibilidad, propiedad y precisión (Restrepo et al, 2001).

Planificar de forma estratégica desde el enfoque de la promoción de la salud, incluye la participación activa de la comunidad y actores sociales para que genere el impacto deseado; participación de la cual se derivan elementos básicos para desarrollar el proceso de planificación, la creación de objetivos, la priorización de necesidades, y la propuesta de estrategias, las cuales pueden ser programas o proyectos, que sigan un orden en el uso de recursos, estableciendo responsables, y proponiendo acciones para transformar espacio, convirtiéndolo en un entorno saludable. Los CAIPAD por lo tanto cumplen con requisitos para desarrollar, construir y evaluar estrategias de planes estratégicos desde la promoción de la salud en beneficio de las personas adultas con discapacidad.

#### 4.4 Lineamientos generales para estandarización del funcionamiento de los CAIPAD

Para el abordaje de los lineamientos generales de estandarización del funcionamiento de los CAIPAD, se establecieron objetivos, misión, visión y valores, se tomó como base los estipulados por el MEP y las propuestas dadas por los educadores de los tres centros (Ver anexo XI).

Al inicio del análisis se obtuvo que los tres CAIPAD no trabajaban bajo los mismos objetivos, e inclusive se encontró que dentro de una misma institución se trabajaba con tres objetivos diferentes: uno para el educador en educación especial, otro para el educador a cargo y uno para la Junta Directiva.

El marco referencial del espacio de salud es lo que incluye la ubicación espacial, es decir la dirección exacta, características de la población, y comportamientos del CAIPAD el cual incluye: localización administrativa, tipo de población, historia de la institución, personal docente y administrativo de cada centro.

Talita Cumi: El CAIPAD fue creado en 1980, por medio de la asociación del mismo nombre y el MEP. Su función es ayudar y apoyar a personas con discapacidad del cantón de Naranjo y sus alrededores para lo que genera programas y servicios para el desarrollo personal y/o social de estas personas.

Este centro recibe ayuda de la JPS, CCSS, INA y sus proyectos han sido financiados por un organismo internacional el JICA. Dicho Centro está ubicado en la comunidad de Cirrú Sur en el cantón de Naranjo, provincia Alajuela; es importante mencionar que las personas e instituciones de la zona colaboran con el centro; una de estas instituciones es el INA que les apoya con capacitaciones a usuarios y educadores.

La institución está administrada por la Dirección Regional de Occidente, del MEP y pertenecen al circuito 05. Trabajan desde la modalidad de centros privados subvencionados, lo que quiere decir que el MEP les asigna los docentes y se encargan del pago de sus salarios, y además se les apoya con un tiempo de dirección. Este CAIPAD es de Modalidad A, por lo cual atiende personas con discapacidad, que no han gozado anteriormente de otros servicios, así como a personas egresadas de los Centros de Educación Especial, además, personas que requieren de apoyos prolongados o permanentes en algunas áreas de la vida cotidiana. (MEP, 2000).

El Sol Brilla para Todos: Surgió como una necesidad en el cantón de San Ramón, considerando que la Educación Especial que brindaba el MEP a los niños con discapacidad,

apenas alcanzaba los 14 o 15 años y a partir de esta edad, estos jóvenes preadolescentes se integraban a sus hogares, ya que no tenían ninguna oportunidad educativa, con los consecuentes problemas que iban a presentar en sus diferentes hogares en cuanto a la atención que ellos necesitaban para tener una vida de calidad.

El centro pertenece al Circuito 01 de la Dirección Regional Educativa de Occidente y trabajan la modalidad A y B, modalidad A trabaja con los usuarios que requieren de menos apoyos prolongados porque poseen más habilidades desarrolladas y la modalidad B, trabaja con usuarios que sí requieren de apoyos prolongados para desarrollar más sus habilidades.

ACEFOPAVAS: La Asociación ACEFOPAVAS, fue creada en el año 1998 por un grupo de padres que se apoyaron en la ley de Asociaciones N° 218 y sus reformas. (Actas de la Asociación ACEFOPAVAS, 1998). En esa época funcionaba en la Provincia de San José, en el sector de Pavas. Para el año 2003 el CAIPAD ACEFOPAVAS, por medio de un convenio con el CNREE, se ubicó en las instalaciones del mismo. Es una institución del MEP que trabaja bajo la modalidad de centros privados subvencionados. Es una institución Modalidad A y Modalidad B. Pertenece a la Dirección Regional de Occidente, circuito 01.

Como objetivos, visión, misión y valores unificados y creados por los CAIPAD se tiene:

Objetivo general:

- Ofrecer a las personas con discapacidad, mayores de 21 años que requieren de apoyos prolongados o permanentes, una alternativa de dedicación personal, social, ocupacional y/o productiva, que les permita potenciar su desarrollo integral, su autonomía personal, así como mejores condiciones de vida presente y futura para ellos y para sus familias.

### Objetivos específicos:

- Brindar a las personas adultas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados o permanentes y a sus familias, una atención integral que les permita gozar de una mejor calidad de vida.
- Promover la construcción del plan de vida de las personas usuarias acorde con sus necesidades y expectativas.
- Facilitar los apoyos naturales y comunitarios que les permita a las personas usuarias ejercer roles valorados y reconocidos socialmente.
- Promover que la organización cuente con una estructura técnico administrativa que permita articular esfuerzos a nivel interno y externo, de manera que responda a los requerimientos para el desarrollo del servicio CAIPAD.
- Fortalecer un clima y una cultura organizacional, donde cada colaborador y colaboradora del servicio CAIPAD sea valorado por sus aportes.

### Misión

“Brindar un servicio para personas con discapacidad mayor de 21 años, que requieren de apoyos prolongados o permanentes y se ofrecen procesos de alfabetización, participación social, ocupacional y laboral, que les permita potenciar su desarrollo integral, su autonomía personal y mejores condiciones de vida. Por medio de un equipo de trabajo comprometido y capacitado en derechos humanos”.

### Visión

“Ser un programa con cobertura nacional que esté organizado para facilitar una serie de servicios que atienda a las personas adultas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados y permanentes, para desarrollar su proyecto de vida; el cual contará con el financiamiento y asistencia técnica de las instituciones del Estado que tienen competencias, según lo señalado por la normativa”.

### Valores

- Liderazgo: Trabajar de manera eficaz y eficiente en el logro de la metas y objetivos.
- Trabajo en equipo: Unir esfuerzos y cosechar logros.
- Respeto: Valorar los intereses y necesidades de las demás personas.
- Calidad: Fomentar una actitud positiva de servicio para dar excelencia.
- Inclusión: Ofrecer una respuesta oportuna a la diversidad de la población que se atiende, con comprensión y escucha y reconocimiento de sus necesidades, intereses, características y potencialidades.

Es de suma importancia unificar los objetivos, la misión, visión y valores, lo que es una parte de la planificación estratégica fundamental para lograr la estandarización del funcionamiento de los CAIPAD en el marco del Plan Estratégico en Promoción de la Salud, por medio de lineamientos generales que permitan dicha estandarización.

El enfoque de la promoción de la salud permite que a la hora de planificar en cualquier escenario, sea más eficaz y eficiente el desarrollo de objetivos, metas y la organización de los recursos, debido a que, al ser un concepto integral, abarca elementos esenciales para lograr llenar vacíos en temas específicos.

En el caso de los CAIPAD, la promoción de la salud permite que la discapacidad se vea desde una perspectiva innovadora, la cual necesita ser integral y orientada desde diversos temas de la salud como la atención primaria, que involucre a diversos actores que sirvan de apoyo como facilitadores y evaluadores. Las personas adultas con discapacidad se desenvuelven en diferentes entornos, por lo que es necesario sensibilizar y concientizar la importancia del desarrollo de su autonomía e independencia.

El funcionamiento de los CAIPAD como instituciones especializadas en temas de discapacidad, se ve opacado por no haber un acompañamiento adecuado por falta de compromiso de parte de diversas instituciones estatales, de información, de recursos humanos, de esfuerzos en conjunto direccionados hacia los mismos objetivos; por falta de priorización de las necesidades de las personas en condición de discapacidad. También por

barreras sociales, culturales y sanitarias que afectan la vida de las personas adultas con discapacidad.

La planificación estratégica en promoción de la salud constituye una herramienta que puede contrarrestar acciones que perjudican el quehacer de los centros, reconociendo que se necesita un trabajo interinstitucional, interdisciplinario; no solo es trabajo o responsabilidad de los encargados, incluye la participación comunitaria, de la familia, de las personas ajenas o externas a la dinámica de las personas adultas con discapacidad. Para ayudar al proceso de empoderamiento del funcionamiento de los CAIPAD resulta importante definir estrategias diversas, participativas tales como: capacitaciones, ejecuciones y evaluaciones de programas y desarrollo de proyectos que contribuyan al mejoramiento del plan de trabajo. Esto, a partir del mejoramiento de los factores internos y externos predominantes en los tres centros estudiados.

A raíz de la información recolectada y su análisis, se define que para establecer una planificación estratégica de los CAIPAD, se necesita desarrollar los objetivos, la misión, visión y valores de los centros en conjunto con los participantes de cada uno. Pichardo (1997), señala que la planificación estratégica debe ser entendida como un proceso participativo, que no va a resolver todas las incertidumbres, pero que permitirá trazar una línea de propósitos para actuar en consecuencia; señala también que algunas dimensiones con las cuales se puede desarrollar la planificación estratégica, son la definición de los objetivos y sus correspondientes estrategias, lo que permitirá seleccionar las actividades prioritarias para el mejoramiento de la organización y aprovechar las ventajas que aparezcan relacionadas con su actividad; por lo tanto, se consideran estas dimensiones como un puente para poder incluir la promoción de la salud dentro de la planificación estratégica en los CAIPAD.

Planificar es prever y decidir hoy las acciones que nos pueden llevar desde el presente hasta un futuro deseable. No se trata de hacer predicciones acerca del futuro, sino de tomar las decisiones pertinentes para que ese futuro ocurra. La planificación estratégica debe ser entendida como un proceso participativo, que no va a resolver todas las incertidumbres, pero

que permitirá trazar una línea de propósitos para actuar en consecuencia. La convicción en torno a que el futuro deseado es posible, permite la construcción de una comunidad de intereses entre todos los involucrados en el proceso de cambio, lo que resulta ser un requisito básico para alcanzar las metas propuestas (Eyzaguirre, 2006).

Se consideran varias dimensiones con las cuales se puede conformar o desarrollar la planificación estratégica, tal como la definición de los objetivos y sus correspondientes estrategias, lo cual permitirá seleccionar las actividades prioritarias para el mejoramiento del servicio u organización y aprovechar las ventajas que aparezcan relacionadas con su actividad. El concepto de planificación estratégica está referido principalmente a la capacidad de observación y anticipación frente a desafíos y oportunidades que se generan, tanto de las condiciones externas a una organización, como de su realidad interna (Eyzaguirre, 2006).

Al elaborar un plan en promoción de la salud a cualquier nivel o en cualquier escenario, se ha de considerar el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual se fundamenta tanto en el conocimiento del equipo base respecto a cómo se enseña y cómo aprenden los individuos. También se refiere al conocimiento de las necesidades de salud de las personas o grupo de población a quien va dirigido el plan, así como a las prácticas habituales y los aspectos socio-económicos y culturales que presentan.

Para este proceso es indispensable una buena planificación, y también el hecho de conocer algunas técnicas educativas para llevar a cabo en forma exitosa un plan estratégico en promoción de la salud, así como la participación de todos los miembros del equipo base de los centros (CCSS, CENDEISS&UCR, 2004).

4.5 Elementos básicos requeridos en los CAIPAD para el desarrollo de una planificación estratégica que incorpore como núcleo central a la promoción de la salud

Después del análisis expuesto en los tres objetivos específicos, se concluye que se pudo cumplir con las expectativas del objetivo general que consistió en “Determinar los elementos

básicos requeridos en los CAIPAD para el desarrollo de una planificación estratégica que incorpore como núcleo central a la promoción de la salud”.

Los mismos se presentan en los siguientes apartados:

#### 4.5.1 Elementos básicos:

Factores externos e internos que inciden en la promoción de la salud de los CAIPAD:

- a. Factores externos positivos: apoyo económico por parte de organizaciones nacionales e internacionales y capacitación a docentes por parte del CNREE, INA y UNA.
- b. Factores externos negativos: las instalaciones son prestadas en San Ramón y Heredia, falta de compromiso en la participación de los padres. Desempleo de las personas con discapacidad, discriminación por parte de la población, no hay un trabajo interinstitucional con organizaciones y CAIPAD, entre otras.
- c. Factores internos negativos: mala comunicación y falta de trabajo en equipo entre la Asociación y Educadores, no hay comunicación entre asociación y educadores con los usuarios para escuchar sus propuestas, no hay un objetivo, misión y visión como CAIPAD, ausencia del abordaje de temas en salud, promoción de la salud y personas adultas con discapacidad, como violencia actividad física, nutrición y entre otras.
- d. Factores internos positivos: buena comunicación entre docentes, adecuada infraestructura en los centros de Naranjo y Heredia (Ley 7600), disponibilidad de microbús para el traslado de usuarios a la salida, Heredia y San Ramón y entre otras.

#### 4.5.2 Participación en el diseño de planes estratégicos de promoción de la salud:

La participación se logró ya que se pudo contar con el involucramiento activo de usuarios, educadores y miembros de las juntas directivas de los tres centros. La participación en este diseño se considera fundamental, ya que para que exista promoción de la salud y

planificación estratégica, las personas inmersas en su realidad son los que conocen sus necesidades y estas deben ser los agentes de cambio. Además se complementó con la metodología utilizada en el trabajo la cual fue IAP.

#### 4.5.3 Estrategias de Promoción de la Salud:

Por medio de los resultados obtenidos y la participación de usuarios, equipo base y Junta Directiva se logró establecer estrategias de promoción de la salud las cuales fueron construcción de alianzas y educación para la salud.

#### 4.5.4 Lineamientos de estandarización del funcionamiento de los CAIPAD:

Se crearon los objetivos, misión, visión y valores de los tres CAIPAD y además se creó un documento que describe las características de estos centros el cual fue la propuesta de Plan estratégico. Estos elementos le permiten a la organización tener orden y conocer la dirección que debe llevar.

#### 4.5.5 Resultado obtenido:

Se identificaron los elementos básicos requeridos en los CAIPAD para el planteamiento de una planificación estratégica, que incorpore como núcleo central a la promoción de la salud y la propuesta del Plan Estratégico en Promoción de la Salud de los CAIPAD Talita Cumi, El Sol Brilla para Todos y ACEFOPAVAS; esto se puede encontrar en el anexo XI. Además, se hizo un aporte a la investigación, debido a que no se conocen trabajos que contemplen la promoción de la salud y planificación estratégica a los CAIPAD.

## CAPITULO VI:

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

- El análisis de situación en salud desde los Determinantes Sociales de la Salud y el análisis FODA, permitió tener una visión más real, detallada e integral sobre las necesidades sentidas de los usuarios, educadores y Junta Directiva de los CAIPAD.
- Al incorporar elementos de la Promoción de la Salud y la Planificación Estratégica en la herramienta de análisis FODA, se pudo obtener una herramienta integral y específica de diagnóstico, que permitió conocer los vacíos en salud y de planificación presentes en los CAIPAD.
- Por medio de la identificación de factores externos e internos que inciden en la promoción y la utilización de análisis Determinantes Sociales de la Salud, el análisis FODA y observación no participante, se pudieron identificar las principales necesidades presentes en los CAIPAD seleccionados y así potenciar los factores protectores.
- Los principales factores externos e internos que inciden en la Planificación Estratégica en Promoción de la Salud de los CAIPAD seleccionados son: Inadecuada comunicación interna entre usuarios, educadores y Junta directiva, e inadecuada comunicación externa entre: Ministerio de Educación Pública y CAIPAD, y entre los mismos centros. No existen políticas para tratar el tema de violencia. Como factor positivo se encontró una adecuada alimentación y actividad física por parte de los usuarios.
- La utilización de la metodología IAP, la promoción de la salud y la planificación estratégica permiten generar procesos participativos constantes, los cuales fueron claves para el éxito de la investigación y fundamentales para tener resultados

participativos, como lo fue contar con la participación constante de educadores y usuarios en los tres centros.

- El involucramiento de las personas adultas con discapacidad en el proceso permitió conocer de una forma real y sincera las necesidades sentidas de los CAIPAD, y fueron piezas claves para determinar las estrategias a establecer.
- Las estrategia en Promoción de la Salud y específicamente en Educación para la Salud y Construcción de alianzas, va a permitir a los CAIPAD empoderarse de su salud y su realidad, ya que estas van dirigidas directamente a potenciar esas deficiencias claves, que van a desencadenar muchos pequeños resultado, para convertirse en herramientas para el éxitos de dichos centros.
- La construcción de alianzas interna en los CAIPAD, permite fortalecer las relaciones entre usuarios, educadores, Junta Directiva y padres, con el fin de lograr un trabajo en conjunto y que estos puedan identificar que el fin principal es mejorar la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad, y así buscar mejores alternativas para los centros.
- La construcción de alianzas externas entre organizaciones y CAIPAD, y entre ellos mismos, permite buscar nuevas oportunidades económicas, de capacitación, acompañamiento y de unión para exigir derechos.
- Se establecieron lineamientos como objetivos, misión, visión y valores lo cual permite estandarizar el funcionamiento de los centros Talita Cumi, El Sol Brilla para Todos y ACEFOPAVAS, ya que les da las líneas bases a seguir a la organización.
- Se logró identificar los elementos básicos requeridos en los CAIPAD para el planteamiento de una planificación estratégica que incorpore como núcleo central a la promoción de la salud, y uno de los resultados obtenidos fue una propuesta de Planificación Estratégica de promoción de la salud, que está compuesta por una análisis de situación de salud de los tres CAIPAD, descripción de los CAIPAD y una programa compuesto por dos proyectos.

- El presente trabajo final de graduación modalidad Tesis es una propuesta novedosa que incorpora la promoción de la salud y la planificación estratégica en los CAIPAD.
- Las personas adultas con discapacidad son un grupo vulnerable de la sociedad costarricense y de los cuales están invisibilizados por el Estado y este no les ofrece alternativas de surgimiento.

Recomendaciones:

Están dirigidas al MEP, CNREE y a los CAIPAD.

- Fortalecer la participación activa dentro de los CAIPAD por medio de la promoción de la salud, en la elaboración de planes estratégicos para mejorar su funcionamiento. Trabajar sobre las fortalezas y oportunidades, para un adecuado desarrollo de cada CAIPAD.
- Impulsar programas y proyectos con enfoque de promoción de la salud que permitan trabajar el tema de salud de forma participativa dentro de los centros, a cargo de profesionales en promoción de la salud.
- Involucrar a las instituciones en el proceso de toma de decisiones que beneficie a la población adulta con discapacidad de los CAIPAD, construyendo alianzas estratégicas.
- Incrementar capacitaciones al grupo docente de los CAIPAD en el tema de planificación estratégica, comunicación asertiva, trabajo en equipo y promoción de la salud, por parte del MEP y del INA.
- Se recomienda a las Juntas Directivas un papel más protagónico además de implementar el plan estratégico aquí propuesto como resultado de la investigación realizada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadi, M. (2004). *La Calidad de Servicio, Administración General*. Buenos Aires Argentina, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.
- Acuña M. (2009). *Trabajo en Equipo. El desafío de dejar de ser uno solo contra todo*. Medicina Familiar HIBA, (sn).
- Anda, M. (2008). *Eficiencia y eficacia, Maestría en Políticas Públicas*, Bogotá, Colombia. (sn).
- Ander-Egg, Ezequiel, (2003). *Repensando la Investigación-Acción Participativa*, Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Andrade, H. (2005) *Comunicación Organizacional Interna: proceso, disciplina y técnica*. Recuperado el 18 de noviembre del 2014 desde: [https://books.google.co.cr/books?id=bwelcBnPNUoC&printsec=frontcover&dq=comunicaci%C3%B3n+organizacional&hl=es&sa=X&ei=NneMVYmlOsjskAXGtoalAQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=comunicaci%C3%B3n%20organizacional&f=false](https://books.google.co.cr/books?id=bwelcBnPNUoC&printsec=frontcover&dq=comunicaci%C3%B3n+organizacional&hl=es&sa=X&ei=NneMVYmlOsjskAXGtoalAQ&redir_esc=y#v=onepage&q=comunicaci%C3%B3n%20organizacional&f=false)
- Artigas, L. M. (2002) *Síndrome de Dow* (sn). Recuperado el 15 de Febrero del 2015 de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>.
- Alonso, V., Vega, J. (2003). *Investigación, innovación y cambio*, V Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Pp.62, 63,64.
- Arce León, P. (2009). *Educación para la salud como tema transversal en el sistema educativo costarricense: guía para docentes y personal de salud*. San José, Costa Rica. Ministerio de Educación, 2009. 2da. Edición.
- Barrantes Arroyo, L; Gamboa Ulate, F; (2012). *Diseño de la Evaluación del Programa CAIPAD, Unidad de Promoción y Desarrollo de Servicios para personas con discapacidad*. San José, Costa Rica.
- Bolaños Moreira, MF; Cascante Vindas, R; (2012). *Sistematización Encuentro CAIPAD: Por un derecho a la Educación de Personas Adultas con Discapacidad*. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. San José, Costa Rica.

- Basile, H. S. (2008). Revista Argentina de Clínica: Retraso mental y genética. Recuperado el 13 de febrero del 2015 desde: [http://www.alcmeon.com.ar/15/57/04\\_basile.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/15/57/04_basile.pdf).
- Carta de Bangkok para la Promoción de la salud en un Mundo Globalizado, Agosto del 2005. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Bangkok, Tailandia.
- Cardona, P. & Wilkinson, H. (2006) Trabajo en equipo. Universidad de Navarra, Business School, España; Barcelona, (sn).
- Caja Costarricense de Seguro Social, (2008). Conociendo sobre la Promoción de la Salud, San José Costa Rica. (sn).
- Castellanos, P.L. (1991) Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y el Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Washington D.C: OPS/OMS.
- Castellanos, P.L. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. Ciudad de México: Mc Graw-Hill.
- Centro Nacional de Recursos para la Educación Inclusiva [CENAREC] (2012) Orientación para promover la transición a la vida adulta de estudiantes de II y IV ciclo en Centros de Educación Especial / 1 ed- San José, C.R: Procesos Litográficos de Centroamérica, ISBN: 978-9930-9477-1-5.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. [CNREE] (2003) Manual de Violencia Intrafamiliar, San José, Costa Rica. (sn).
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. México. (2012). Programa de Acción Especifico 2007-2012 Atención integral a la salud de las personas con discapacidad.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2009) Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público.
- Compendio de Legislación sobre Discapacidad Marco Internacional, Interamericano y de América Latina, (2011). PNUD México.

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social [CENDEISS] Universidad de Costa Rica [UCR]. (2004). Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Introducción a la Educación para la Salud. Pp.17-18.
- Cultura Organizacional (2007). Documento de Cátedra TPM. Declaración Universal de Derechos Humanos – DUDH (Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 (III), de 10 de diciembre de 1948. Recuperado el 18 de marzo del 2014 desde: [www.ccee.edu.uy/ensenian/catderpu/material/Dudh.PDF](http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catderpu/material/Dudh.PDF).
- Cunningham, C. (1995). El síndrome de Down: Una interrupción para padres. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Díaz, G. (2005). Análisis y Planteamiento: Con Aplicaciones a la Organización Policial. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Egea, G. C. y Sarabia S. A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Recuperado el 24 de abril del 2014 desde: [http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/clasificacionesOMS Discapacidad.pdf](http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/clasificacionesOMS%20Discapacidad.pdf).
- Eyzaguirre, N. (2006). Área de Planificación de la Unidad de Programación. Metodología Integrada para la Planificación Estratégica, Setiembre Lima, Perú.
- Flórez, J. (2005). La salud de las personas con Discapacidad. Buenas Prácticas Revista Síndrome Down, Volumen 22, Junio, Instituto de Baltimore, Estados Unidos.
- Fernández, A., et al. 2006. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Barcelona, España, Pp. 88.
- Fundación Autismo Mas Casadevall, F.P. (2005). Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo, (sn).
- Gento, S. (1994). Marco Referencial para la Evaluación de un Proyecto Educativo Facultad de Educación UNED, Madrid. Pp.99-105.
- González, A. (2010). Paradigma Sociocrítico en la Investigación, República de Venezuela. (sn).

- Guerrero, E. (2006). "Discapacidad. Definición y tipos de condiciones discapacitantes. El deporte como medio integrador". Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Pp 35-36.
- Hill, Gareth (1996). "Administración estratégica. Un enfoque integrado. Mc Graw – Hill Interamericana S.A. Bogotá, Colombia.
- Huguet, A. (2009). Modelos Educativos, España, (sn).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2000) Informe de Estadísticas y Censos, San José, Costa Rica,
- Jané-Llopis, E. (2008). La eficacia de la Promoción de la Salud Mental y la prevención de los trastornos mentales. Pp.68-72.
- Jiménez, A. (2003). Derecho de las Personas con Discapacidad: Módulo 6, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica. Pp. 26-27.
- Jiménez, A. (2003). Derecho de las Personas con Discapacidad: Módulo 6. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica. Pp. 26-42.
- Kotler, P. N., Lee. (2004). Social Marketing: Improving the Quality of Life; 2da Edición SAGE Publications.
- Kuhn, T. (1975). La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica. Primera edición en inglés, 1962. Primera edición en español (FCE, México), 1971 Octava reimpression (FCE, Argentina), 2004.
- Lalonde, M (1974) New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Canadá: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Lalonde, M. (1974) A New Perspective on the Health of Canadians. Government of Canadá. Recuperado desde: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Ledezma R. F. (2002). Habilidades Adaptativas en personas con discapacidad intelectual. Ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, Publicado en el Diario Oficial La Gaceta No. 112, del 29 de mayo de 1996. Pp. 2-6, San José, Costa Rica.
- Ley General de Desarrollo Social (DOF, 20 de enero de 2004), (sn).

- Liesa, M. y Vived, E. (2010). Discapacidad, edad adulta y vida independiente. Un estudio de casos, *Educación y Diversidad*, enero-junio, ISSN: 1888-4857, Pp. 101-124.
- Lobo, L. & Protti, D. (2010). Cooperación Internacional para el Cumplimiento de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Acercamiento al Informe País acerca del Cumplimiento de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Martí, J. (2012). La Investigación – Acción Participativa. Estructura y Fases. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Marchesi, A.; Coll, C. y Palacios, J. (2004): Desarrollo psicológico y educación. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales, Madrid: Alianza Psicología y Educación. Pp. 54-55
- Melero, S et al, (2006.) Bases Pedagógicas de la Educación Especial. Deficiencias sensoriales auditivas. (sn). Recuperado el 25 de enero del 2015 desde: [ponce.inter.edu/cai/bv/Sordos\\_2006EP.pdf](http://ponce.inter.edu/cai/bv/Sordos_2006EP.pdf).
- Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas Dirección de Salud Mental en Perú. (2008) Informe sobre los Servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú.
- Ministerio de Educación Pública [MEP]. (2000) ¿Preguntas y Respuestas sobre los CAIPAD?. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2010). Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 “María teresa Obregón Zamora”. Costa Rica.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica [MTSS]. (2012) Plan Nacional de Inserción Laboral para la Población con Discapacidad en Costa Rica. Recuperado el 14 de junio del 2014 desde: <http://www.pnud.or.cr/images/stories/planmaf.pdf>
- Morrissey, G. (1993). El pensamiento estratégico. Construya los cimientos de su planeación / Ed. Prentice Hall Hispanoamericana, Madrid, España. Pp. 119.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986) Carta de Ottawa. Extraído desde: <http://www.fimed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). Carta de Otawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Ministerio de Salud [MS]. (2004). La discapacidad en Costa Rica: Situación Actual y Perspectiva.
- Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (1996). Promoción de la Salud una antología. Publicación Científica No. 557, Washington DC, Estados Unidos.
- Ortega, R. C. & López, R. F. (2003). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Universidad de Almería, España.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011) Informe Mundial sobre Discapacidad. Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud. (2004) La discapacidad en Costa Rica: Situación Actual y Perspectiva.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Ministerio de Salud [MS]. (2004) Situación actual de la salud mental en Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Ministerio de Salud [MS] (2004). La discapacidad en Costa Rica: Situación actual y perspectivas/ Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. -- San José, C.R. OPS, (2004). 80 p.; 28 cm. – (Serie Análisis de Situación de Salud; no. 14).
- 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)
- Organización Internacional de Trabajo [OIT]. (2011). Definición de la transversalización de la perspectiva de género. Recuperado el 16 de julio del 2014 de: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). “Glosario de la Promoción de la Salud” recuperado el 24 de agosto del 2014 desde: <http://www.mecd.gob.es/dms-static/beb68e02-9e99-490f-897f-792d1af6b783/glosario-pdf.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Recuperado el 21 de octubre del 2014 desde: [http://www.who.int/whr/2004/en/05\\_chap3\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/05_chap3_es.pdf?ua=1)
- Pender, N. (2011). Modelo De Promoción De La Salud. Recuperado el 15 de mayo del 2014 de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Nola-Pender-Modelo-De-Promocion-De/1381017.html>
- Perea, R. (2004): Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. Madrid. Díaz de Santos.
- Pichardo, A., (1997). Planificación y Programación Social. República Dominicana. Pp. 27-29.
- Programa de Acción Específico, 2007-2012. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. Recuperado el 20 de setiembre del 2014 de: [http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/atn\\_intgrl\\_salud\\_pcd.pdf](http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/atn_intgrl_salud_pcd.pdf)
- Ponce, H. (1995). El Poder igualitario. Ed. Brasa, Lima, Peru, 144 p.
- Porter, M, (1995). Ventajas competitivas / Ed. Free Press, New York, sp.
- Perea, R. (2005). La Educación para la Salud, Reto de Nuestro Tiempo, Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado el 11 de octubre del 2014 desde: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/viewFile/361/314>.
- Peralta, A. (2007). Libro blanco sobre Universidad y Discapacidad. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado el 18 de marzo del 2014 desde: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20244/LibroBlancosobreuniversidadydiscapacidad2.pdf> (Julio, 2013).
- Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. Información recogida de la página web del Departamento de Promoción de la Salud de la OMS:

[www.who.int/hpr/](http://www.who.int/hpr/). Recuperado el 15 de enero del 2015 desde: [http://www.terceridad.net/Legislacion\\_salud/Documentos%20B%E1sicos%20Promoci%F3n%20de%20la%20salud/mexico-2000.pdf](http://www.terceridad.net/Legislacion_salud/Documentos%20B%E1sicos%20Promoci%F3n%20de%20la%20salud/mexico-2000.pdf)

- Ramírez, R. J. (2009) Procedimiento para la elaboración de un análisis FODA como una herramienta de planeación estratégica en las empresas. Recuperado el 18 de marzo del 2014 desde: <http://www.uv.mx/iesca/files/2012/12/herramienta2009-2.pdf>
- Restrepo, H. E. <et al.>: (2001). Promoción de la Salud: como construir vida saludable / ed. / revisión editorial Álvaro Garrido. - Bogotá: Editorial Medica Internacional, 298 p.; 17 x 24 cm.
- Romañach, J. (2008). Artículo Diversidad Funcional. El Modelo de la Diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. España: Diversitas Editorial. pp. 252. ISBN 84-964-7440-2978-84-964-7440-6.
- Rosales, P. R. (2008) Formulación y Evaluación de Proyectos. San José, Costa Rica. Pp 121-135
- Rossi, P.H.; Freeman, H.E. & Lipsey, M.W. (1999). Evaluation: A Systematic Approach. Sage Publications, USA.
- Sampieri, R., Fernández, C. C., & Baptista, L., P. (2006). Metodología de la Investigación, Cuarta Edición, México DF. Pp. 8, 102, 723.
- Sarto, M. MP. (2001) Familia y Discapacidad. Extraído des: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- Sáenz, M.R, Acosta, M., Muiser, J. & Bermúdez, J.L. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública; 53 supl 2:S156-S167.
- Sánchez, R. (2007). Proyecto Estableciendo una Propuesta de Atención para los usuarios del CAIPAD- Asociación Abriendo Camino. Costa Rica. Pp.5-11.
- Solano, S, A. (2002). La promoción de la salud. Recuperado el 28 de noviembre del 2014 desde: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v27n632002/art1.pdf>.

- Solar, O (2014). Determinantes sociales: teorías, debates y reflexiones en torno al modelo propuesto por OMS. Encuentro Latinoamericano de Salud Pública Universidad del Valle Cali – Colombia 23 de Octubre 2014. FLACSO, Chile. Recuperado el 13 de marzo del 2015 desde: [http://www.encuentrosaludpublica.com/files/memorias/invitados/3-Dra\\_Orielle\\_Solar\\_Determinantes\\_sociales.pdf](http://www.encuentrosaludpublica.com/files/memorias/invitados/3-Dra_Orielle_Solar_Determinantes_sociales.pdf).
- Vargas, G. W. (2006) Atención Primaria de Salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica.
- Vázquez, A., & Cáceres, N. (2008). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- Vega, A. (2007). La Promoción de la Salud ante la Discapacidad, Universidad del País Vasco. Barcelona: Davinci Continental. 269 páginas. ISBN: 84-935515-1-1.P.p 352-353.
- Venegas, L. (2011). Antología de Rehabilitación Integral, (sn).
- Verdugo, A. M. & Bermejo, G. B. (2005). Retraso Mental: Adaptación social y problemas de comportamiento, (sn).
- Viché, M. (2010). La planificación estratégica: instrumento de participación e inclusión social; en <http://quadernsanimacio.net>; n° 12 julio de 2010; ISSN: 1698-4044.
- World Health Organization [WHO]. (1986).The Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva: The World Health Organization, (1986), (sn).

## ANEXOS

## Anexo I

### **Instrumento para el Diagnóstico dirigido a los Funcionarios de los CAIPAD**

**Universidad de Costa Rica**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Salud Pública**  
**Licenciatura en Promoción de la Salud**



### **Instrumento Entrevista Semiestructurada dirigida a Funcionarios de los CAIPAD**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de encuestadora:** \_\_\_\_\_

Este instrumento será aplicado de parte de estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud, está dirigido a funcionarios y funcionarias de los Centros de Atención Integral para Personas con Discapacidad (CAIPAD). El objetivo del siguiente instrumento, radica en el acercamiento de la Promoción de la Salud como un elemento a transversalizar dentro de los Centros. Será de gran utilidad para diagnosticar ejes, líneas de acción, herramientas de la Promoción de la Salud. La información que usted nos proporcione es absolutamente anónima, será utilizada para fines académicos, con el propósito de completar el Trabajo Final de Graduación en Promoción de la Salud. Apreciaríamos su valioso aporte y la disponibilidad para brindar la siguiente información.

A continuación se realizará una serie de preguntas en relación con el funcionamiento, metodologías de trabajo, temáticas y actividades que desarrollan los CAIPAD.

**Preguntas:**

1. ¿Cuántos personas trabajan en este CAIPAD, que profesiones tienen?

---

---

2. ¿Cuántos usuarios vienen a este CAIPAD?

---

---

3. ¿Cuáles son los objetivos de este CAIPAD?

---

---

4. ¿Cuál metodología de trabajo utilizan?

---

---

5. Qué temáticas abordan en el CAIPAD y de qué manera? Describa en breve.

---

---

6. ¿Considera que el CAIPAD aborda el tema de salud en las personas adultas con discapacidad? De qué forma lo abordan?

---

---

7. ¿Realizan actividades participativas en relación con la salud?

---

---

8. ¿Cómo concibe usted la promoción de la salud?

---

---

9. ¿Promueven actividades físicas? Con qué regularidad?

---

---

10. A nivel general, ¿cuáles considera son los temas que se deben abordar con la persona adulta que presenta una condición de discapacidad?

---

---

11. ¿Cree que es importante para las persona que gerencian los centros o para este CAIPAD conocer el funcionamiento de los otros CAIPAD? Por qué?

---

---

12. Trabaja el CAIPAD de manera interdisciplinaria? Explique en breve

---

---

13. Trabajan los CAIPAD de manera Interinstitucional? Si la respuesta es No pase a la pregunta 13.

Sí ( )

No ( )

14. ¿Qué instituciones los apoyan?

---

---

15. ¿Considera usted que los objetivos propuestos se han logrado hasta el momento? De qué manera?

---

---

16. ¿Qué relación tienen con la junta directiva?

---

---

17. ¿Qué factores considera que se pueden mejorar en el CAIPAD?

---

---

18. ¿Qué tipo de ayuda reciben y de cuales instituciones las reciben?

---

---

19. ¿Cómo es el procedimiento de contrataciones de profesionales y quién es el encargado?

---

---

## Anexo II

**Instrumento para el Diagnóstico dirigido a los Funcionarios del Ministerio de Educación Pública**

**Universidad de Costa Rica**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Salud Pública**  
**Licenciatura en Promoción de la Salud**



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de encuestadora: \_\_\_\_\_

**Instrumento Entrevista Semiestructurada Dirigida a los Funcionarios del Ministerio de Educación Pública**

Este instrumento será aplicado de parte de estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud, está dirigido a funcionarios del Ministerio de Educación Pública relacionados con la atención de la discapacidad, el cual será de gran utilidad para diagnosticar ejes, líneas de acción, herramientas de la Promoción de la Salud presentes o no en la metodología de trabajo de los CAIPAD. El objetivo del siguiente instrumento, radica en el acercamiento de la Promoción de la Salud como un elemento a transversalizar dentro de los Centros. La información que usted nos proporcione será anónima, y la misma será utilizada con el fin de tomar decisiones para realizar un trabajo de graduación en promoción de la salud.

Apreciaríamos su valioso aporte y la disponibilidad para brindar la siguiente información:

**Preguntas:**

1. ¿Cómo funcionan de los CAIPAD?

---

---

2. Cómo se realizan las contrataciones de los docentes o profesionales que trabajan en los CAIPAD?

---

---

3. ¿Se trabaja en coordinación con otras Instituciones?

---

---

4. ¿Qué tipo de apoyo le brinda la Institución a los CAIPAD?

---

---

5. ¿Existe algún tipo de evaluación o seguimiento de los programas educativos que se brindan en los CAIPAD?

---

---

6. ¿Se realizan evaluaciones o seguimientos a los funcionarios de los CAIPAD?

---

---

7. ¿Se encarga el MEP de la búsqueda y revisión de la infraestructura de los CAIPAD?

---

---

8. ¿Cuál es el perfil de profesionales que trabajan en los Centros?

---

---

9. ¿Cuál es el concepto de salud aborda en la Institución?

---

---

10. ¿Cuál es el concepto de discapacidad que se trabaja en la Institución?

---

---

11. ¿Trabaja la Institución planes, programas o proyectos sobre discapacidad? Favor explique en breve

---

---

## Anexo III

### **Instrumento para el Pre-diagnóstico dirigido a los Funcionarios del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial**

**Universidad de Costa Rica**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Salud Pública**  
**Licenciatura en Promoción de la Salud**



**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de encuestadora:** \_\_\_\_\_

### **Instrumento Entrevista Semiestructurada dirigido al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial**

Este instrumento será aplicado de parte de estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud y está dirigido a funcionarios del CNREE, el cual será de gran utilidad para diagnosticar ejes, líneas de acción, herramientas de la Promoción de la Salud presentes o no en la metodología de trabajo de los CAIPAD, según Temas, Lineamientos, Metodologías y Actividades, correspondientes a cada temática. El objetivo del siguiente instrumento, radica en el acercamiento de la Promoción de la Salud como un elemento a transversalizar dentro de los Centros. La información que usted nos proporcione será anónima, y la misma será utilizada para fines académicos.

Apreciaríamos su valioso aporte y la disponibilidad para brindar la siguiente información:

### **Preguntas**

1. ¿Cuál es el concepto de salud que se trabaja en la Institución?

---

---

2. ¿Cuál el concepto de discapacidad que utiliza la Institución?

---

---

3. ¿Qué tipo de proyectos, programas o planes trabajan?

---

---

4. ¿Le brindan algún apoyo a los CAIPAD?

---

---

5. ¿Cuál es su relación o vínculo con los CAIPAD?

---

---

6. ¿Se realizan evaluaciones o seguimiento del apoyo brindado a los CAIPAD?

---

---

7. ¿Se trabaja en coordinación con otras Instituciones?

---

---

## Anexo IV

## Cuadro N° 2

## Guía de Observación No Participante

<b>Aspectos a Observar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica de trabajo en los CAIPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación entre usuarios</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación entre el equipo base y los usuarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación entre la Junta Directiva y el equipo base</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de los padres de familia o encargados de los usuarios dentro de los CAIPAD</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productos de trabajos realizados, ejemplo manualidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades recreativas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidad donde se ubican los CAIPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medios de transporte</li> </ul>

Fuente: Creación propia

## Anexo V

## Cuadro N°.3

## Guía para el Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud

Aspectos a Conocer sobre los Determinantes Sociales de la Salud en los CAIPAD	
<b>Dimensión Biológica</b>	<b>Dimensión Ecológica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades presentes en los usuarios.</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El inmueble del CAIPAD.</li> <li>• La infraestructura.</li> <li>• Ayuda económica para la infraestructura.</li> </ul>
<b>Dimensión Económica</b>	<b>Dimensión Conciencia y conducta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupación de los habitantes de la zona.</li> <li>• Servicios de Salud en la comunidad.</li> <li>• Vivienda de los padres de familia o encargados.</li> <li>• Salud (Prestación de Servicios, quien es el que lo asume, en cuanto a servicios de salud de la comunidad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización Administrativa.</li> <li>• Medios de comunicación, transporte e industrias de la zona.</li> <li>• Higiene (servicios de la comunidad como recolección de basura)</li> <li>• Violencia ( casos dentro de los CAIPAD)</li> </ul>
<b>Características de la Población</b>	<b>Marco Legal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edades</li> <li>• Sexo</li> <li>• Zonas de donde provienen</li> <li>• Situación laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leyes Nacionales e Internacionales que apoyan y amparan a los CAIPAD y a las personas con discapacidad.</li> <li>• Convenciones, Convenios, estatutos dirigidos a las personas con discapacidad</li> </ul>
<b>Objetivos, Visión y Misión del CAIPAD</b>	<b>Plan de Trabajo Actual</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos Generales y Específicos de cada CAIPAD.</li> <li>• Misión, visión y valores de cada CAIPAD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de trabajo con el que trabajan actualmente los Centros.</li> </ul>

Fuente: Creación propia

## Anexo VI

## Cuadro N° 4

## Guía para el Análisis FODA

Fortalezas/Factores Internos	Debilidades/Factores Internos
	Recurso Financiero Personal Objetivos y Metas Estructura Organizacional Capacidades Infraestructura Tecnología Flujo de información Promoción de la Salud (programas en salud) Se trabajó bajo el enfoque de la independencia de las personas con discapacidad Plan de trabajo Trabajo en equipo Comunicación asertiva Seguimiento de programas Innovación en los programas Calidad del servicio
Oportunidades/Factores Externos	Amenazas/Factores Externos
	Competencia Participación Comunitaria Interinstitucionalidad Fuentes de empleo Seguimiento por parte de Instituciones a cargo Proyectos dirigidos leyes de los usuarios (personas con discapacidad) Apoyo familia

Fuente: Creación propia

## Anexo VII

## Cuadro N° 5

## Resultado del Análisis FODA

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena comunicación entre docentes.</li> <li>• Adecuada infraestructura en los centros de Naranjo y Heredia (Ley 7600).</li> <li>• Disponibilidad de busetas para el traslado de usuarios a la salida, Heredia y San Ramón.</li> <li>• Presencia del equipo base completo en Naranjo.</li> <li>• Buena relación entre usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala comunicación y falta de trabajo en equipo entre la Asociación y Educadores.</li> <li>• No hay comunicación entre asociación y educadores con los usuarios para escuchar sus propuestas.</li> <li>• Inadecuada infraestructura en el CAIPAD de San Ramón.</li> <li>• No hay un objetivo, misión y visión como CAIPAD.</li> <li>• Falta de proyectos dirigidos al abordaje de temas en salud, promoción de la salud y personas adultas con discapacidad.</li> <li>• Ausencia del equipo base completo San Ramón y Naranjo.</li> </ul>
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo económico por parte de organizaciones nacionales e internacionales.</li> <li>• Capacitación a docentes por parte del CNREE, INA y UNA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las instalaciones son prestadas San Ramón y Heredia.</li> <li>• Falta de compromiso en la participación de los padres.</li> <li>• Ausencia de empleo para la personas con discapacidad</li> <li>• Discriminación por parte de la población.</li> <li>• No hay un trabajo interinstitucional con organizaciones y CAIPAD</li> <li>• Falta de comunicación entre CAIPAD</li> <li>• Inadecuada rectoría por parte de los instituciones estatales a cargo de los centros como los son Ministerio de Educación y CNREE</li> <li>• El involucramiento entre los CAIPAD con la comunidad es mínimo.</li> <li>• Inadecuado análisis o la total ausencia de la situación de los usuarios de forma integral</li> <li>• Ausencia de Leyes específicas que aparen a los centros.</li> </ul>

Fuente: Creación propia

## Anexo VIII

## Cuadro N. 6

## Listado Total de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD) a nivel Nacional

Ubicación	Institución	Dirección y teléfono
<b>Desamparados, San Sebastián</b>	Asociación Abriendo Camino, CAIPAD Paso Ancho. (CAJANE)	Diagonal Iglesia Católica, Luna Park, San Sebastián, Cantón Central San José Teléfono: 2286-0227 Telfax: 2286-5373 Correo: mechenciso@hotmail.com
<b>Desamparados</b>	Asociación para la Formación Integral del Adulto con Capacidades Especiales. (AFIACE)	El Porvenir: de la esquina Este del Polideportivo, 50mNorte, casa con portones negros, costado Este de la Subestación del ICE, Gravilias, Desamparados
<b>Acosta</b>	Asociación Pro Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad del Cantón de Acosta y comunidades vecinas. (APRIOPEDA)	San Ignacio de Acosta, San José, 100mOeste de la Plaza de Deportes Teléfono: 2410-3124 Telfax: 2410-0834 Correo caipadacosta@hotmail.com / apriopeda@gmail.com
<b>Cartago</b>	Asociación ATJALA	Tejar El Guardo, carretera Interamericana Sur, del restaurante Quijongo, 25mSur; institución rodeada de malla a mano derecha. Tel 2573-6122 Fax 2573-6122 Correo: asociacionatjala@hotmail.com

<b>Heredia Circuito escolar</b>	Asociación Centro de Formación Integral para el Desarrollo Socio-Productivo de Personas con Discapacidad de Pavas. (ACEFOPAVAS)	La Valencia de Heredia, en las instalaciones del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial Tel 2231-1208 (Junta Directiva) José Alberto, CAIPAD: TelFax2562-3130 Correo <a href="mailto:acefopavas@hotmail.com">acefopavas@hotmail.com</a>
<b>Heredia Circuito escolar</b>	Asociación Centro de Integración Ocupacional y Servicios Afines. (ACIOSA)	Del Estadio Ricardo Saprisa, 100m Norte, 200m Sur y 150m Este, Barrio Socorro, San Miguel, Santo Domingo. Telfax 2235-9698 Correo: <a href="mailto:aciosa@yahoo.com">aciosa@yahoo.com</a> / <a href="mailto:constvim@racsa.co.cr">constvim@racsa.co.cr</a>
<b>Heredia</b>	Asociación Pro-Niño, Adolescente y Adulto Excepcional. (APNAE)	Heredia, San Pablo, 25m Oeste Finca de Recreación APSE. Tel: 2238-1782/2262-5058 Fax: 2262-0838 Correo: <a href="mailto:centro.apnae@hotmail.com">centro.apnae@hotmail.com</a> / <a href="mailto:gui selle82@yahoo.com">gui selle82@yahoo.com</a>
<b>Coronado/San José Norte Circuito escolar 11</b>	Asociación Comunitaria de Coronado para Personas con Necesidades Especiales (ACOCONE)	San José, Vásquez de Coronado, Salón Comunal Barrio El Carmen, Dulce Nombre de Jesús Tel 2292-0930 2229-6671 Correo: <a href="mailto:acocone-caipad@hotmail.com">acocone-caipad@hotmail.com</a>
<b>Zapote/San José Central Circuito 03</b>	Asociación Costarricense de Padres y Amigos de Personas con Autismo. (ASCOPA)	Frente al Estadio o Polideportivo de Zapote Tel 2281-2813 Fax 2280-7721 Correo: <a href="mailto:kmonserrath@hotmail.com">kmonserrath@hotmail.com</a>
<b>Guadalupe/San José Norte Circuito</b>	Asociación Costarricense de Personas Excepcionales con Necesidades Especiales. (ACOPECONE)	El Alto de Guadalupe, Goicoechea, 200m Sur y 75m Oeste Antigua Robert Tel 2229-57-33 Telefax2234-08-31 Fax 2229-9718

<b>Guadalupe/San José Norte Circuito Escolar 01</b>	Fundación de Atención al Adulto con Discapacidad Múltiple. (FUNADIS)	San José, Goicoechea, Guadalupe, detrás del Palacio Municipal Tel 2224-8175 Fax 2225-3269 Correo: funadis@racsa.co.cr
<b>Cartago/ Paraíso Circuito escolar</b>	Asociación de Desarrollo Educativo de Paraíso. (ASODEPA)	De la Fuerza Pública de Llanos de Santa Lucía, 500m Sur y 75m Oeste, Paraíso. Tel 2574-4728 ó 2575-1672 Fax 2574-6424
<b>San José Central</b>	Fundación Pro Jóvenes con Parálisis Cerebral para la Personas Adultas con Discapacidad. (FUNPROJOPACE)	Paseo Colón, 250m Nortede Pizza Hut. Oficina de ACJ Teléfono: 2222-38-33
<b>Atenas</b>	Asociación Pro Personas Discapacitadas de Atenas. (APRODISA)	Alajuela, Atenas, costado sur del Ministerio de Salud Telfax 2446-8088 Correo: aprodissacr@gmail.com
<b>Occidente Circuito escolar 01</b>	El Sol Brilla para Todos.	Calle Palmitos, 100m Este de la Ermita , San Isidro, San Ramón, Alajuela Telfax: 2445-0685 Correo: elsolbrillaparatos@hotmai.com
<b>Zarcero/Alajuela Circuito escolar 07 Antonio. (APAMAR)</b>	Asociación Pro Ayuda al Minusválido de Alfaro Ruiz, Llano Bonito y San	400m Oeste del Parque Central de Zarcero Tel:2463-3674 Fax:2463-1962 Correo:info@apamar.org
<b>SarchiOccidente Circuito escolar 4</b>	Asociación Sarchiseña de Discapacitados. (ASADIS)	Costado Oeste del Estadio Municipal Eliecer Pérez Conejo, Sarchí Norte, Valverde Vega. Telfax 24543895 Correo: capad asadis@yahoo.com

<b>Naranjo/ Alajuela Circuito escolar 01 Cédula jurídica 3-002-045930</b>	Asociación Talita Cumi.	Cruce de Cirrí, 200m Sur y 100m Este Barrio Los Ángeles, Cirrí Sur, Naranjo. Telefonos:2451-2012 62451-2323 Fax:2451-4343 Correo :Talitacumi-naranjo@ice.co.cr
<b>Grecia/Alajuela Circuito escolar 06</b>	Asociación Taller de Atención Integral y Capacitación. (ATAICA)	Alajuela, Grecia, Barrio Los Pinos 350m Sur de las oficinas administrativas de la CCSS Telfax 2494-2120 Correo: ataica.grecia@gmail.com
<b>Alajuela Circuito escolar 02</b>	Asociación Taller Protegido de Alajuela. (A.T.P.A.)	100m Oeste de Palí Pacífico, frente a calle ancha, contiguo al Gimnasio Columbus, Alajuela Centro Teléfono: 2440-2428
<b>Alajuela Circuito escolar 2</b>	Fundación Servio Flores Arroyo	200m Norte Hotel Hampton Inn, Río Segundo de Alajuela, costado norte de Bodegas Terrón. Teléfono: 2437-481062442-9624 Fax 2442-9629 Correo: fundacionserviofloresa@hotmail.com
<b>Turrialba Circuito escolar 02</b>	Asociación de Apoyo a la Unidad de Rehabilitación Profesional de Turrialba.	La Guaria, contiguo a la Escuela Líder Mariano Cortés. Ubicado dentro de las instalaciones del SILOR Telfax: 2556-0007 Correo: caipadturrialba@gmail.com
<b>San Carlos Circuito escolar 03</b>	Asociación de Ayuda al Minusválido de San Carlos. (AYUMISANCA)	Costado norte de la plaza de Deportes, Barrio El Carmen, Ciudad Quesada. Tel 2460-3622 Fax 2460-5365 Correo: ayumisanca@hotmail.com
<b>San Carlos Circuito escolar 03</b>	Fundación Amor y Esperanza. (FUNDAE)	Instalaciones del Hospital de San Carlos, Sección 2-A. Barrio El Carmen Teléfono: 2401-13-74 Fax 2461-17-26

<b>Upala Círculo escolar</b>	Asociación de Personas con Discapacidad de Upala. (APEDISUPA)	Del puente de Upala, carretera a Guatuso, 1 KM Este y 400m Sur, Barrio Jácamo. Teléfono: 2200-4867 Correos: apedisupa@hotmail.com / alfredocabezasbadilla@gmail.com
<b>Pérez Zeledón Círculo escolar 03</b>	Asociación de Padres de Familia y Amigos de la Persona con Discapacidad de Pérez Zeledón y Buenos Aires. (ASOPAFAM)	Instalaciones del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 100m Sur de la sede de la UNED, Daniel Flores, Pérez Zeledón
<b>San José Tibás</b>	Asociación Nacional Pro Enfermo Mental y Familia (ANPREMF)	Dirección Física: San José, Tibás, Esquina suroeste de la Escuela Manuel Obregón 75m Oeste casa #37  Contacto: Telefax: 22365118 / <a href="mailto:anpremf@hotmail.com">anpremf@hotmail.com</a>

Fuente: CNREE, 2005.



<p>Se realizaron entrevistas en los Centros, al MEP y al CNREE.</p>																		
<p><b>Fase I Diagnóstico:</b> Definición de la dimensión biológica, ecológica, económica, conciencia y conducta de los CAIPAD. Conceptos que comparten los CAIPAD, marco referencial.</p>																		
<p><b>Fase II Programación, Paso I, II</b> Plantear los temas para abordar y conocer cómo los educadores lo abordarían. Planteamiento del Plan Estratégico, identificación de los programas a trabajar, antecedentes, objetivos, proyectos planteados, procesos de seguimiento y control y evaluación.</p>																		
<p><b>Fase III Conclusiones y propuestas:</b></p>																		



## Anexo X

## Cuadro N° 8

## “Cuadro de Categorías y Variables”

Objetivo	Categorías	Concepto	Código o indicador	Técnicas y procedimientos operacionalización	Resumen de información
<b>Identificar los principales factores externos e internos que inciden en la Promoción de la Salud de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad.</b>	Factores externos e internos que inciden en la Promoción de la Salud en los CAIPAD.	La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment, empoderamiento) de	Delimitadas por elementos relacionados con: El resultado de determinantes sociales de la salud en los CAIPAD. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensión biológica</li> <li>• Dimensión Ecología</li> <li>• Dimensión Económica</li> <li>• Dimensión de Conciencia y Conducta</li> </ul> Marco referencial del Espacio de Salud Característica de la población	Observación participante y no participante. Entrevistas. FODA	Para el análisis de esta investigación se trabajó con tres CAIPAD: Talita Cumi (Naranjo), El Sol Brilla para Todos (San Ramón) y ACEFOPAVA (Heredia). Se inició con el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud, el cual incluye cuatro dimensiones que se desarrollan a continuación: La Dimensión Biológica es donde se abordan lo que son las derivaciones de la biología de los usuarios de los CAIPAD de San Ramón, Naranjo y Heredia, mencionamos algunas discapacidades y enfermedades más predominantes en los tres centros como: síndrome Down, trastornos de conducta, esquizofrenia, parálisis cerebral y asperger y enfermedades como: sobrepeso, presión alta, hipertensión, diabetes, problemas del corazón y asma. En relación a los medicamentos que consumen los usuarios, no se conoce el dato, ya que en los CAIPAD no se lleva un registro de los mismo, los usuarios vienen medicados de sus hogares.

		<p>personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.</p>	<p>Comportamiento del CAIPAD Factores Externos de los CAIPAD: Trabajo interinstitucional Apoyo familiar y comunal. Conocer sobre las políticas nacionales que amparan los Centros. Conocer la situación de servicios en salud para la población en análisis. Acompañamiento por parte de instituciones a cargo de la evaluación del funcionamiento de los CAIPAD. Fuentes de empleo Factores Internos de los CAIPAD: Estructura organizacional Trabajo en equipo Metodología utilizada dirigida para adultos con discapacidad Cumplimiento de objetivos, metas y visión.</p>	<p>La Dimensión ecológica hace referencia a lo que es la infraestructura y organización del inmueble de los tres centros en estudio: En Talita Cumi (Naranjo) la infraestructura es propia gracias a la donación del presidente de la Junta Directiva, está dividido por departamento de terapia física, ocupacional, trabajo social, el CAIPAD posee un comedor, dos baños con las respectivas adaptaciones para las personas con discapacidad, aulas, oficinas, sala de sesiones, un Centro de acopio, invernadero y una pulpería, un comedor acondicionado para la cantidad de usuarios. En el Centro El Sol Brilla para Todos: La infraestructura es prestada desde hace 7 años, es una casa de habitación un poco deteriorada por ser una casa con años de construida, la misma está distribuida de la siguiente manera: dos servicios sanitarios, una cocina, comedor, un laboratorio de computación, una salita como aula de proyectos de educación especial, en la parte de atrás de la casa está el cuarto de pilas acondicionado para ser el taller de vida diaria, donde se les enseña a lavar su ropa, ahí mismo muchas veces se utiliza también como parte del comedor a la hora de la merienda y el almuerzo, ya que el número de usuarios excede al tamaño de la infraestructura, el comedor funciona de oficina de las docentes, al igual que el laboratorio de computo el cual funciona como la oficina de la directora del Centro, ahí mismo hay un cuarto que cumple la función de bodega. ACEFOPAVAS: El CAIPAD se encuentra ubicado en las instalaciones del CNREE en Heredia, donde disponen de un salón grande, un salón pequeño y pueden utilizar la zona verde del CNREE. En el salón</p>
--	--	---	--	--

			<p>Diferencia de roles entre la Junta Directiva y el equipo base (grupo docente de los CAIPAD)</p> <p>Situación económica de los Centros.</p> <p>Infraestructura</p> <p>Determinantes sociales de la salud.</p> <p>Empoderamiento de la salud.</p>	<p>grande hay una oficina donde se reúne la Junta Directiva del CAIPAD .El salón pequeño lo utilizan para proyectos industriales, en el mismo está la oficina del docente; la zona verde la usan para realizar actividades recreativas y un espacio pequeño de la zona verde para sembrar lechuga hidropónica, chile, pepino entre otros vegetales. Los baños que utilizan son los que dispone el centro y los cuales están bien adaptados según las necesidades de los usuarios. En la Dimensión económica se hace referencia a todo lo que son las actividades económicas de la zona, el tipo de viviendas, la ocupación en general de los habitantes y por lo tanto de los encargados o padres de familia de los usuarios del centro, esto con el fin de tener un mapa de la situación en que se desarrollan las personas con discapacidad y sus familias.</p> <p>Talita Cumi: Ocupación de los habitantes La mayoría de los habitantes de Naranjo trabajan en las zonas cafetaleras, negocios propios, industrias y trabajos informales. En cuanto a las actividades que realizan los usuarios del CAIPAD son: reciclaje, cuidado del mariposario (actualmente fuera de uso), ensamble de prensas, invernadero donde realizan el cultivo de lechuga hidropónica y las mismas son vendidas por los usuarios a las personas de la comunidad. También realizan actividades educativas y de capacitación. Para financiar estos proyectos se cuenta con la ayuda económica de la JPS, la Embajada de Japón brinda donaciones para la realización de los proyectos como el Mariposario- Invernadero y Centro de Acopio, el INA y el MEP les ayuda con capacitaciones. También reciben colaboración de colegios, municipalidades y</p>
--	--	--	--	---

				<p>comunidad. Además el CAIPAD realiza rifas y bingos para ayudarse con algunos proyectos.</p> <p>Vivienda: En relación al lugar de residencia y la condición de la vivienda se tiene que todos los usuarios son del catón de Naranjo, la mayoría sino en su totalidad de los usuarios son de bajos recursos, algunos viven en residencias privadas, se realizan estudios para reconocer la condición de abandono, otros cuentan con la posibilidad de estar en albergues, en condición referida o lo que se llama hogar grupal, pero muchos de ellos viven con sus padres de familia y encargados. La mayoría de las viviendas son muy humildes.</p> <p>En cuanto a la salud se tiene que los usuarios utilizan el servicio brindado por el Estado, el cual está a cargo de la CCSS, visitan la Clínica y el Ebais de la zona. Y en caso de emergencia acuden al servicio de la Cruz Roja. En el CAIPAD se cuenta con el servicio de Terapia Física, debido a que hay un convenio con la CCSS, el MEP y la JPS (se encarga de los contratos).</p> <p>El Sol Brilla para Todos: la ocupación de los habitantes, principalmente de los padres de familia son la agricultura, abogados, pensionados, jefas de hogar. Las viviendas la mayoría es por ayuda del IMAS y el bono de vivienda.</p> <p>En cuanto a servicios de salud: se brindan por medio principalmente del hospital Carlos Luis Valverde Vega, también cuenta con los diferentes Ebais ubicados a los alrededores de la zona, también Áreas de salud de la CCSS, las Clínicas privadas también prevalecen como importantes entes de servicios de salud.</p> <p>ACEFOPAVAS: en el caso del CAIPAD de Heredia, al ser los usuarios provenientes de diferentes zonas de</p>
--	--	--	--	---

				<p>Heredia, San José y hasta Alajuela y al tener un docente para tantos usuarios, se les dificulta realizar un mapeo de las viviendas y condiciones de las familias o encargados, así como los servicios de salud a los que acuden los usuarios hasta este presente año se contrató una docente de educación especial, la cual está iniciando con las respectivas visitas a los hogares, por el momento no hay registros de información.</p> <p>Dimensión de conciencia y conducta: Se refiere a la organización administrativa, medios de comunicación, higiene y violencia de la zona donde están ubicados los Centros.</p> <p>Talita Cumi: Naranjo es el catón número seis de la provincia de Alajuela, está compuesto por ocho distritos: Naranjo Centro, San Miguel, San José (San Juanillo), Cirrí, San Jerónimo, San Juan, Rosario y Palmitos. El CAIPAD Talita Cumi está ubicado en el distrito de Cirrí. En el cantón se puede encontrar distintos servicios como: Bancos Cooperativas o Mutuales, Municipalidad, MEP, Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería, AYA, CCSS, ICE y entre otros. Además se pueden encontrar otras instituciones sociales como son: Juntas de desarrollo comunal, Hogar de ancianos, Comité Cantonal de Deportes y Recreación, Comité Cantonal de la Persona Joven, INA, Scout, ASADAS y entre otras. (Municipalidad de Naranjo, 2011).</p> <p>El Sol brilla para todos: está ubicado en el cantón de San Ramón de la provincia de Alajuela, específicamente en uno de los 16 distritos que cuenta el cantón, llamado San Isidro, queda un poco alejado del distrito central del cantón, San Ramón es un importante, ya que cuenta con centros comerciales y es</p>
--	--	--	--	---

				<p>la ciudad más importante de la zona alta de Costa Rica fuera de la Gran Área Metropolitana ya que es la sede regional de numerosas entidades públicas entre ellas la Sede de Occidente de la Universidad de Costa Rica, además es un cantón muy grande con gran cantidad de recursos naturales y turísticos. Las principales actividades que tiene el cantón de San Ramón actualmente son el cultivo del café y la caña, así como actividades comerciales en el centro de la ciudad, principalmente tiendas de ropa, zapaterías, joyerías, venta de comidas. Se encuentra a menos de un kilómetro de la carretera Bernardo Soto, que es parte de la Carretera Interamericana Norte.</p> <p>ACEFOPAVAS: La Valencia, está ubicada en la zona sur del cantón de Heredia. Es una zona industrial, en la cercanía se ubica ventas de automóviles, Cementerio Jardines del Recuerdo, lotes vacíos y una pequeña cantidad de casas. Esta zona es muy transitada por automóviles. La principal comunidad con la que interactúan los usuarios del Centro son los mismos miembros del Consejo. El CNREE tiene como misión ser el ente rector en discapacidad, planificar, coordinar, asesorar y fiscalizar las actuaciones de todos los actores sociales involucrados en el desarrollo inclusivo de las personas con discapacidad, para lograr el cumplimiento de sus derechos y el respeto de su dignidad inherente en la sociedad costarricense. (CNREE, 2015).</p> <p>Los medios de comunicación de las zonas estudiadas al igual que la higiene y violencia, son similares, por ejemplo medios de transporte como buses, busetas, taxis, las tres zonas reciben servicios básicos de recolección de basura, agua potable, electricidad, lo</p>
--	--	--	--	--

				<p>referente a la violencia, se registra la violencia intrafamiliar, social, delincuencia, drogas, entre otros. El marco referencial del espacio de salud es lo que incluye la ubicación espacial de los Centros, es decir la dirección exacta, características de la población, y comportamientos del CAIPAD el cual incluye: localización administrativa, tipo de población, historia de la institución, personal docente y administrativo de cada Centro.</p> <p>Talita Cumi: El CAIPAD fue creado en 1980, por medio de la Asociación del mismo nombre y el Ministerio de Educación Pública. Su función es ayudar y apoyar a todas las personas con discapacidad del cantón de Naranjo y sus alrededores generando programas y servicios para el desarrollo personal y/o social de estas personas.</p> <p>Este Centro recibe ayuda de la Junta de Protección Social, CCSS, INA y sus proyectos han sido financiados por un organismo internacional el JICA. Dicho Centro está ubicado en la comunidad de Cirri Sur en el cantón de Naranjo, provincia Alajuela, es importante mencionar que las personas e instituciones de la zona colaboran con el Centro; una de estas instituciones es el INA que les colabora con capacitaciones a usuarios y educadores.</p> <p>Los usuarios presentan discapacidades como: Síndrome Down, trastornos de conducta y esquizofrenia. La institución está administrada por la Dirección Regional de Occidente, del Ministerio de Educación Pública y pertenecen al circuito 05.</p> <p>Trabajan desde la modalidad de centros privados subvencionados, lo cual quiere decir que el Ministerio de Educación Pública les asigna los docentes y se</p>
--	--	--	--	--

				<p>encargan del pago de sus salarios, y con un tiempo de dirección. Este CAIPAD es de Modalidad A por lo cual atiende personas con discapacidad, que no han gozado anteriormente de otros servicios y personas egresadas de los Centros de Educación Especial. Y además requieren de apoyos prolongados o permanentes en algunas áreas de la vida cotidiana. (Ministerio de Educación Pública, 2000). Perteneció a la Dirección Regional de Occidente, y al circuito 05, y está ubicado en la provincia de Alajuela, cantón Naranjo, distrito de Cirrí Sur.</p> <p>El Sol brilla para todos: Surgió como una necesidad en el cantón de San Ramón, considerando que la educación especial que brindaba el MEP a los niños con discapacidad, apenas alcanzaba los 14 o 15 años y después estos jóvenes preadolescentes, se integraban a sus hogares ya que no tenían ninguna oportunidad educativa, con los obvios problemas que iba a presentar en sus diferentes hogares en cuanto a la atención que ellos necesitaban para tener una vida de calidad.</p> <p>El Centro pertenece al Circuito 01 de la Dirección Regional Educativa de Occidente y trabajan la modalidad A y B. En el año 2003, por medio de un convenio con el MEP se crean los Centro de Atención Integral de Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD), centros orientados hacia la atención de personas adultas, es decir, mayores de 18 años y menores de 65 años, que se presentan en condición de discapacidad, para ofrecer una educación más integral de dichas personas que les permita ser independientes e insertarse en la sociedad de manera oportuna.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Como parte de los elementos básicos de los CAIPAD para establecer una planificación estratégica, se necesita identificar elementos básicos como los objetivos, la misión, visión y valores; por lo que se estableció que en todos los CAIPAD trabajan bajo la misma orientación de la visión y misión, pero no son las mismas en los tres Centros, coinciden en la misión, ya que establecen que son instituciones que brindan servicios integrales que les permite a los usuarios potenciar sus habilidades y así reforzar su desarrollo personal, autonomía, inclusión social, laboral y educativa, esto para mejorar su calidad de vida, en cuanto a la visión si son diferentes, ya que cada Centro se visualiza según sus necesidades y objetivos, así como los valores bajo los que trabajan, y cabe destacar que las visiones están en constante cambio, ya que se trabajan a largo plazo y las prioridades cambian con el paso del tiempo, esto al verse cumplidos los objetivos y reformularse otros. Por otra parte, los planes de trabajo son los mismos, establecidos por el MEP, sin embargo, a la hora de aplicar dichas estipulaciones dentro del plan, la variación en cada Centro es muy pronunciada, esto porque los centros cuentan con diversos recursos, no todos tienen el personal docente o equipo base completo y esto influye a la hora del abordaje del plan de trabajo</p> <p>Factores Externos: en cuanto al análisis de los factores externos se obtuvo que las oportunidades que tiene los centros son: apoyo económico por parte de organizaciones nacionales e internacionales y Capacitación a docentes por parte del CNREE, INA y UNA. Las amenazas son: Las instalaciones son prestadas San Ramón y Hereñía, falta de compromiso</p>
--	--	--	--	---

					<p>en la participación de los padres, ausencia de empleo para la personas con discapacidad, discriminación por parte de la población, no hay un trabajo interinstitucional con organizaciones y CAIPAD, falta de comunicación entre CAIPAD, no hay un adecuado asesoramiento con el MEP y CNREE, No hay un análisis adecuado o la total ausencia de la situación de los usuarios en su entorno familia, vivienda comunidad y servicios de salud y el involucramiento del CAIPAD y la comunidad es mínimo.</p> <p>Factores Internos: Según el análisis interno se obtuvo que las fortalezas del Centro son: buena comunicación entre docentes, adecuada infraestructura en los centros de Naranjo y Heredia (Ley 7600), disponibilidad de busetas para el traslado de usuarios a la salida, Heredia y San Ramón, presencia del equipo base completo en Naranjo y buena relación entre usuarios. En cuanto a las debilidades se concluyó que: mala comunicación entre la asociación y educadores, no hay comunicación entre asociación y educadores con los usuarios para escuchar sus propuestas, inadecuada infraestructura en el CAIPAD de San Ramón, no hay un objetivo, misión y visión como CAIPAD, no hay un plan de trabajo definido a seguir, falta de proyectos dirigidos a personas adultas con discapacidad, ausencia del abordaje de temas en salud y promoción de la salud, no hay una estructura organizacional definida, ausencia de definición de roles dentro del CAIPAD y ausencia del equipo base completo San Ramón y Naranjo.</p>
--	--	--	--	--	---

<p><b>Impulsar de forma participativa el diseño de los planes estratégicos en Promoción de la Salud, de los Centros de Atención Integral para personas adultas con discapacidad que incluya habilidades para la Vida, trabajo en equipo e intersectorialidad.</b></p>	<p>1.1. Participación en los diseños de Planes Estratégicos.</p>	<p>El uso de la Planificación Estratégica en el ámbito público se concibe como una herramienta imprescindible para la identificación de prioridades y asignación de recursos en un contexto de cambios y altas exigencias por avanzar hacia una gestión comprometida con los resultados.</p> <p>La planificación estratégica es un proceso que antecede al control de gestión, el cual permite hacer el seguimiento de los objetivos establecidos para el cumplimiento de la misión.</p> <p>Por esto mismo es fundamental el involucramiento en la participación de los actores claves para asumir los programas y su coordinación con las áreas de planificación. Para la construcción de planes estratégicos y la participación activa de la población o comunidad, la participación implica el</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en Planificación</li> <li>• Participación en promoción de la salud</li> <li>• Participación Metodológica Investigación Acción Participativa</li> </ul>	<p>Entrevista Observación Talleres participativos FODA</p>	<p>Para impulsar de forma participativa el diseño del plan estratégico en promoción de la salud de los CAIPAD: ACEFOPAVAS, En el Sol Brilla para Todos y Talita Cumi, los usuarios, educadores y junta directiva participaron en todas las actividades correspondientes, brindándoles en cada uno de los procesos la oportunidad de expresarse de forma abierta y promoviendo que todos los presentes se involucraran en el mismo.</p> <p>De los tres CAIPAD los educadores y usuarios estuvieron de forma fluida anuentes a participar en las actividades realizadas.</p> <p>En los CAIPAD el Sol brilla para Todos y Talita Cumi no se obtuvo la participación de la junta directiva. Por el contrario en el CAIPAD ACEFOPAVAS la junta directiva respondió a los correos enviados y nos brindó el espacio para trabajar con ellos, trabajo el cual fue muy satisfactorio.</p> <p>El desarrollo o construcción de planes estratégicos y la participación activa de la población o comunidad son inseparables, la participación implica el acceso real de la población a las decisiones que les afectan, se hace efectiva en el momento en que la ciudadanía se convence de que el programa elaborado responde a sus intereses, su éxito depende básicamente de su colaboración. Cuando se habla de comunidad casi siempre se piensa exclusivamente en la población, pero la comunidad es un sistema de relaciones sociales en un espacio definido, integrado en base a intereses y necesidades compartidas (Viché, 2010).</p> <p>Por ello es que utilizamos la planificación estratégica desde el enfoque de promoción de la salud, como herramienta para promover las representaciones</p>
---	--	---	---	--	---

		<p>acceso real de la población a las decisiones que les afectan, se hace efectiva en el momento en que la ciudadanía se convence de que el programa elaborado responde a sus intereses, su éxito depende básicamente de su colaboración.</p>			<p>colectivas, la participación social y comunitaria, basada en la solidaridad y el cumplimiento de derechos, así como la inclusión en pro de las personas adultas con discapacidad y el funcionamiento de los CAIPAD, para asegurar estilos de vida inclusivos y sostenibles; considerando de suma importancia la participación en el proceso de construcción de los planes estratégicos y el desarrollo de los mismos. La participación en promoción de la salud debe considerar el contexto sociocultural y económico en que se insertan los diferentes actores sociales, para el desarrollo de procesos articulados, que garanticen el ejercicio pleno de la ciudadanía y un mayor bienestar, las acciones que se desarrollen por el componente de promoción de la salud, se dirigen a las personas en las diferentes etapas de la vida, sin distinción de sexo, etnia, nacionalidad, entre otros; acá se incluye la población con discapacidad, al ser un tema nuevo que se relaciona con la promoción y del cual se ha oído muy poco, lo hace un reto y por lo tanto un abordaje innovador.</p> <p>El plan estratégico en promoción de la salud permite que la organización ejecute planes operativos en Promoción de la Salud, siempre con el fin de alcanzar los objetivos de la organización y que velen por el bienestar de todos los integrantes del CAIPAD. La metodología que se utilizó para los procesos de planificación fue IAP, la cual constituye el estudio en el que los miembros del grupo, organización o comunidad fungen como coinvestigadores, para resolver problemas cotidianos e inmediatos y mejorar prácticas concretas (Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., 2007). El estudio implicó búsqueda de</p>
--	--	--	--	--	---

					información entre los funcionarios del CAIPAD, instituciones que se relacionan con estos tales como: MEP, CNREE, los usuarios y familiares de los CAIPAD para recolectar los datos, se consideró fundamental la participación de estas personas, ya que están sujetos a la realidad de la dinámica en los Centros, esto fue de gran importancia para el análisis de datos.
1.2.Estrategias de Promoción de la Salud	El Plan Estratégico en Promoción de la Salud permite que la organización ejecute planes operativos, con el fin de alcanzar los objetivos de la organización y que mejoren la salud y el bienestar de todos los usuarios del CAIPAD.	Acciones Estratégicas proceso de construcción del Programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre</li> <li>• Antecedentes</li> <li>• Objetivos</li> <li>• Proyectos planteados</li> </ul>	Talleres participativos	Las actividades participativas que se llevaron a cabo en los centros como proceso de construcción de la planificación estratégica desde la promoción de la salud, fueron: entrevistas semiestructuradas revisión de documentación propia de los Centros, análisis FODA, observación participante y no participante, aplicación de instrumentos dirigidos a los docentes, padres de familia y a las instituciones como el MEP, CNREE, CNAREC. En cuanto al análisis FODA, se trabajó con los docentes (equipo base) y con los usuarios, una vez concluido el análisis se realizó la devolución de los resultados para definir las estrategias a abordar según las necesidades arrojadas. Como estrategias propuestas tenemos un programa que lleva como nombre: “Una nueva perspectiva desde la promoción de la salud para el funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”	

<p><b>Proporcionar lineamientos generales que permitan la estandarización del funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad, en el marco del Plan Estratégico en Promoción de la Salud.</b></p>	<p>1.1 Lineamientos generales de estandarización del funcionamiento de los CAIPAD</p>	<p>Los lineamientos generales de Estandarización son esos elementos que permiten conocer de cada uno de los CAIPAD en análisis su funcionamiento: historia, leyes, objetivos, misión, análisis de determinantes sociales de la salud y además le permite a los miembros del Centro tener una guía para su constante autoanálisis y así cumplir los objetivos del Centro.</p>	<p>Historia de los CAIPAD Leyes Objetivo Misión Visión Valores Estrategias de Promoción de la Salud.</p>	<p>Entrevista Análisis de información</p>	<p>Los CAIPAD surgieron como una propuesta que aprobó el Consejo de Educación denominada “Atención a personas adultas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados o permanentes para el desempeño ocupacional o laboral” fue elaborada por la Comisión Creando Alternativas para Adultos con Discapacidad, en la cual participaron instituciones como el MEP y el DEE, el IMAS y personal docente del Proyecto para Adultos de la Escuela del Hogar de Rehabilitación Santa Ana y ONGs. (Orientaciones Técnicas para la implementación de plan de estudios de Centros de Atención Integral de Personas Adultas con Discapacidad,2013)</p> <p>Son centros orientados hacia la atención de personas adultas mayores de 18 años y menores de 65, que presenten una condición de discapacidad, surgen como una alternativa de atención personal, social, ocupacional, y productiva y su propósito es ofrecer opciones de servicios que les permitan desarrollar habilidades sociales, ocupacionales y para el desempeño cotidiano, potenciando así el desarrollo integral, la autonomía personal y el mejoramiento de las condiciones de vida de cada usuario, es pretenciosa porque busca educación, empleo, atención de servicios de rehabilitación y formación técnica. (Preguntas y Respuestas sobre los CAIPAD, 2012)</p> <p>Los CAIPAD cuentan con una fundamentación legal que ampara el funcionamiento de cada Centro, cada uno se encuentra regulado por una serie de documentos que norman y orientan su funcionamiento, algunos que mencionan Bolaños y Cascante (2012) son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Constitución Política de la República de Costa Rica (1949): la cual propone que el derecho a la</li> </ul>
---	---	--	--	---	---

				<p>educación debe ser entendido como un derecho fundamental amparado por la Sala Constitucional, en el Art. 80 se señala que la iniciativa privada merece un estímulo estatal y es obligación del Estado y este no lo puede evadir ya que surge desde la base constitucional; el estímulo que se menciona, no es necesariamente de dotación de recurso humano, sino de cualquier apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Ley 7600. Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1996) y su respectivo Reglamento (1998): la Ley 7600 como instrumento jurídico más relevante a nivel país, no se cumpla a cabalidad, pero es una herramienta valiosa, porque establece el derecho al desarrollo integral en igualdad de condiciones, en el art.14 establece que el Estado garantizará el acceso a la educación de dicha población y establece las respectivas obligaciones del MEP,</li> <li>• La Convención Internacional de Derechos de las Personas Adultas con Discapacidad ratificada por la Ley 8861 (2008): esta obliga a todos los entes públicos a cumplir con las obligaciones de la educación hacia dicha población, en el art. 24 reconoce el derecho a la educación de las personas con discapacidad, donde el Estado debe garantizar un sistema inclusivo en todos los niveles, vinculado al potencial humano.</li> <li>• Entre otros documentos se encuentra: Plan de Estudios, aprobado por el Consejo Superior de Educación (Sesión 37-2003), el Decreto N° 33 550 – MEP. Reglamento del Otorgamiento de Estímulos a la Iniciativa Privada en Materia de Educación por parte del MEP (2007), Ley N° 8791. Estimulo Estatal de pago de salarios del Personal Docente y Administrativo de las Instituciones Privadas de Enseñanza (2010).</li> </ul>
--	--	--	--	---

				<p>Como objetivos, visión, misión y valores unificados y creados en conjunto con los CAIPAD se tiene:</p> <p>Como objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer a las personas con discapacidad, mayores de 18 años que requieren de apoyos prolongados o permanentes, una alternativa de dedicación personal, social, ocupacional y/o productiva, que les permita potenciar su desarrollo integral, su autonomía personal y mejores condiciones de vida presente y futura para ellos y para sus familias.</li> </ul> <p>Como objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar a las personas adultas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados o permanentes y a sus familias, una atención integral que les permita gozar de una mejor calidad de vida.</li> <li>• Promover la construcción del plan de vida de las personas usuarias acorde a sus necesidades y expectativas.</li> <li>• Facilitar los apoyos naturales y comunitarios que les permita a las personas usuarias ejercer roles valorados y reconocidos socialmente.</li> <li>• Promover que la organización cuente con una estructura técnico administrativa que permita articular esfuerzos a nivel interno y externo que responda a los requerimientos para el desarrollo del servicio CAIPAD.</li> <li>• Fortalecer el clima y una cultura organizacional, donde cada colaborador y colaboradora del servicio CAIPAD sea valorado por sus aportes.</li> </ul> <p><b>MISIÓN</b></p> <p>“Los CAIPAD, constituyen un servicio para personas con discapacidad mayores de 21 años que requieren de apoyos prolongados o permanentes y los cuales ofrecen</p>
--	--	--	--	--

				<p>procesos de alfabetización, participación social, ocupacional y laboral, que les permita potenciar su desarrollo integral, su autonomía personal y mejorar sus condiciones de vida, por medio de un equipo de trabajo comprometido y capacitado en derechos humanos”.</p> <p><b>VISIÓN</b></p> <p>“Ser un programa con cobertura nacional que esté organizado para facilitar una serie de apoyos que les permita a las personas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados y permanentes, para desarrollar su proyecto de vida y contará con el financiamiento y asistencia técnica de las instituciones del Estado que tienen competencias según lo señalado por la normativa”.</p> <p><b>VALORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo: Trabajar de manera eficaz y eficiente en el logro de la metas y objetivos.</li> <li>• Trabajo en equipo: Unir esfuerzos y cosechar logros.</li> <li>• Respeto: Valorar los intereses y necesidades de las demás personas.</li> <li>• Calidad: Fomentar una actitud positiva de servicio para dar excelencia.</li> <li>• Inclusión: Ofrecer una respuesta oportuna a la diversidad de la población que se atiende, con comprensión y escucha y reconocimiento de sus necesidades, intereses, características y potencialidades.</li> </ul> <p>Es de suma importancia unificar los objetivos, la misión, visión y valores, ya que es una parte de la planificación estratégica fundamental para lograr la estandarización del funcionamiento de los CAIPAD en</p>
--	--	--	--	---

				<p>el marco del Plan Estratégico en Promoción de la Salud, por medio de lineamientos generales que permitan dicha estandarización.</p> <p>Estrategias de promoción de la salud:</p> <p>Objetivo General o Fin</p> <p>Contribuir al mejoramiento Desarrollar estrategias de promoción de la salud en los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad, que beneficien el funcionamiento de los Centros.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar al personal administrativo de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad sobre la importancia de la promoción de la salud en los Centros.</li> <li>• Ejecutar los proyectos en Promoción de la Salud para los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad.</li> <li>• Realizar una guía de seguimiento para el planteamiento de programas en promoción de la salud.</li> </ul> <p>Proyectos Planteados</p> <p>Para el desarrollo del presente programa: “Una nueva perspectiva desde la promoción de la salud para el funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”, se plantearon los siguientes proyectos como posibles para ser desarrollados a futuro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación para la salud: “ La educación para la salud una herramienta para la empoderamiento de la salud en los CAIPAD”</li> <li>• Construcción de alianzas: “Construyamos alianzas por nuestro CAIPAD”</li> </ul>
--	--	--	--	--

Fuente: Creación propia

## Anexo XI

**PROPUESTA INICIAL DE PLAN ESTRATÉGICO**

**Talita Cumi-Naranjo, El Sol Brilla para Todos- San Ramón y  
ACEFOPAVAS-Heredia**

## TABLA DE CONTENIDO

I.	Introducción.....	160
II.	Antecedentes.....	161
	A. Descripción de las Dimensiones CAIPAD Talita Cumi-Naranjo.....	161
	B. Descripción de dimensiones: CAIPAD,- El Sol Brilla para Todos-San Ramón.....	167
	C. Descripción de las Dimensiones: CAIPAD ACEFOPAVAS.....	171
III.	Marco Conceptual.....	177
IV.	Marco Referencial del Espacio de Salud.....	193
V.	Programa.....	216
	A. Nombre.....	216
	B. Antecedentes.....	216
	C. Objetivos.....	217
	D. Proyectos Planteados.....	218

## INTRODUCCIÓN

La presente propuesta inicial para Plan Estratégico, surge como resultado del análisis realizado a los CAIPAD Talita Cumi-Naranjo, El Sol Brilla para Todos-San Ramón y ACEFOPAVAS- Heredia.

Esta propuesta es realizada por dos estudiantes que optan por el grado Lic. en la Carrera de Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, en colaboración con los usuarios, padres de familia, educadoras, junta directiva e instituciones públicas como el MEP y CNREE.

A continuación se encuentran los siguientes apartados: antecedentes, marco conceptual, marco referencial del espacio de salud, diagnóstico FODA y programa. Los demás apartados perfil del proyecto, identificación del proyecto, estudio de mercado, estudio técnico y ejecución de la estrategia, se realizarán en una posible contratación de las estudiantes a alguno de los centros.

## ANTECEDENTES

La discapacidad es un hecho social multidimensional complejo, resultante de la interacción de las personas con el entorno. El manejo de esta problemática requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social de una nación o país (Cruz, 2005).

Para realizar esta etapa se trabajó con información brindada por las docentes de los CAIPAD, es importante mencionar que los centros no poseen un registro que aborde la dimensión biológica, dimensión económica, ecológica, y dimensión de conciencia y conducta.

A continuación se describe cada una de ellas según la información que se obtuvo en los centros Talita Cumi-Naranjo, El Sol Brilla para Todos-San Ramón y ACEFOPAVAS-Heredia:

### A. Descripción de Dimensiones: CAIPAD-Talita Cumi- Naranjo

#### 1. Dimensión biológica

El CAIPAD recibe a 54 usuarios, de los cuales 19 son mujeres y 35 hombres. Con diferentes discapacidad: 13 múltiple, 2 sensorial, 25 intelectual, 8 física y 6 biopsicosocial, además poseen algunas enfermedades como: Asma, Diabetes, Epilepsias e Hipertensión. Las edades comprenden entre los 25 a los 57 años de edad. En cuanto a la medicación que consumen los usuarios, no se cuenta con el dato debido a que estos vienen medicados de sus hogares.

## 2. Dimensión ecológica

La infraestructura es propia gracias a la donación del presidente de la Junta Directiva, está dividida por departamento de terapia física, ocupacional, trabajo social y el CAIPAD. El centro posee un comedor, baños, aulas, oficinas, centro de acopio, invernadero, mariposario y pulpería. El comedor cuenta con sillas y mesas para todos los usuarios y docentes, además posee una cocina, donde les brindan a los usuarios meriendas y almuerzo. Los baños son adecuados para personas con discapacidad, poseen pasa manos y las puertas son amplias, además hay para hombres y mujeres, estos cuentan con papel higiénico y jabón. El centro de acopio, invernadero, mariposario y pulpería, están adaptados para los usuarios, tienen suficiente espacio y accesibilidad para utilizar una silla de ruedas, y los materiales de trabajo, poseen las adaptaciones adecuadas para ser utilizados por los usuarios.

El centro posee fácil accesibilidad ya que cuentan con rampa, las puertas cuentan con las medidas adecuadas para que ingrese una silla de ruedas. En los pasillos hay bancos que pueden ser usados por los usuarios en el tiempo de recreo.

## 3. Dimensión económica

En esta apartado se hace referencia a todo lo que son las actividades económicas de la zona, el tipo de viviendas, la ocupación en general de los habitantes y por lo tanto de los encargados y padres de familia de los usuarios del centro, esto con el fin de tener un mapa de la situación en que se desarrollan las personas con discapacidad y sus familia.

### a) Ocupación de los habitantes:

En cuanto a las actividades que realizan los usuarios del CAIPAD se mencionan las siguientes: reciclaje, ensamble de prensas y el cultivo de hortalizas hidropónica. También realizan actividades educativas y de capacitación. Pero esto no les da ningún ingreso económico que le ayude al subsistir el día a día. Solo han logrado insertar laboralmente a un usuario. Algunos usuarios reciben ayuda económica mensual del IMAS, CNREE y JPS.

Respecto al financiamiento de las actividades que se ejecutan en la institución, se cuenta con la ayuda del IMAS, JPS y JICA. El INA y MEP les colaboran con capacitaciones. Además, el centro realiza rifas, venta de lechuga y bingos para ayudarse con algunos proyectos.

En relación con la situación económica del núcleo familiar de los usuarios, en su mayoría las madres son jefas hogar y viven de pensiones, y cuentan ayuda económica del IMAS.

b) Vivienda:

Los usuarios son vecinos del catón de Naranjo, la totalidad son de bajos recursos. Actualmente se están realizando estudios para conocer la presencia de condición de abandono, según información brindada por las educadoras del centro: tres de los usuarios viven en albergues conocidos como *condición referida* o lo que se llama *hogar grupal*; los demás residen con sus padres de familia o encargados. La mayoría de las viviendas son dadas por bonos de ayuda social, poseen los espacios básicos. Uno de los usuarios vive en un galerón de piso de tierra. La medida que toman en el centro es guiar a la familia para que solicite alguna ayuda social del Estado.

c) Salud

En cuanto a los servicios de salud, se tiene que los usuarios utilizan las instituciones del Estado, cuya atención está a cargo de la CCSS, visitan la Clínica y el Ebais de la zona. Y en caso de emergencia, acuden al servicio de la Cruz Roja. En el CAIPAD se cuenta con el servicio de Terapia Física, debido a que hay un convenio con la CCSS, el MEP y la JPS (se encarga de los contratos). Además en los talleres se abordan temas de salud como alimentación, higiene, importancia del ejercicio, obesidad y entre otros.

#### 4. Dimensión de conciencia y conducta:

##### a) Organización administrativa

Naranjo es el catón número seis de la provincia de Alajuela, está compuesto por ocho distritos: Naranjo Centro, San Miguel, San José (San Juanillo), Cirrí, San Jerónimo, San Juan, Rosario y Palmitos. El CAIPAD Talita Cumi está ubicado en el distrito de Cirrí el cual para el 2011 contaba con una población de 4 552 habitantes (INEC, 2011).

En el cantón se brinda distintos servicios como: Bancos Cooperativas o Mutuales, Municipalidad, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Acueductos y Alcantarillados, CCSS, MEP, MINSA, ICE y entre otros. Además se pueden encontrar otras instituciones sociales como son: Juntas de desarrollo comunal, Hogar de ancianos, Comité Cantonal de Deportes y Recreación, Comité Cantonal de la Persona Joven, Instituto Nacional de Aprendizaje, Scout, ASADAS, entre otras. (Municipalidad de Naranjo, 2011).

La organización administrativa del CAIPAD está integrada por: la Asociación Talita Cumi la cual está representada por la Junta Directiva que se encarga de realizar la compra de materiales y pago de educadoras, y decide la ejecución de las actividades a realizar; la comisión de padres y el equipo de trabajo el cual está compuesto por cinco educadoras que se dedican a realizar las actividades planificadas y hay una educadora que ejerce el cargo de directora. Las docentes son de varias disciplinas: educadoras especiales, terapeuta ocupacional y trabajadora social, por cada área temática se dividen su rol en el centro.

Es importante mencionar que hay mala comunicación entre la Junta Directiva y las educadoras del CAIPAD. Además hay una lista de espera de usuarios que solicitaron el servicio y esté no se les puede brindar debido a la cantidad de educadores que posee el centro, quienes no podrían cubrir una demanda superior a la actual.

b) Participación comunitaria

La participación comunitaria es mínima, sin embargo tratan de involucrar a la población por medio de la recolección de reciclaje, venta de lechuga y los invitan a los bingos que se realizan en el Centro.

c) Interinstitucionalidad

La institución con la cual tienen más involucramiento es con el INA, el cual les colabora con capacitaciones. La JPS, IMAS y CNREE, les colabora con financiamiento. En relación con los demás CAIPAD en investigación, no se genera una relación comunicativa entre las instituciones.

d) Medios de comunicación y transporte, industrias del lugar

Los medios de comunicación son bastante accesibles, se cuenta con teléfono público y señal para celular. El medio de transporte más utilizado por los usuarios es el bus y el servicio es bastante frecuente, además se cuenta con la disponibilidad de taxis. El CAIPAD está a diez minutos en bus del centro de Naranjo.

En cuanto a la industria, cerca de la institución hay una empresa de fabricación de alimentos, el INA y se cuenta con la presencia de empresas pequeñas como los son dos pulperías y dos sodas.

e) Higiene

El aseo del centro está a cargo de una persona que se encarga de la limpieza. Además en los baños cuenta con papel y jabón. En cuanto al aseo personal, las educadoras realizan charlas educativas y brindan atención individual a los usuarios que necesiten una mejor orientación en el tema.

En cuanto a los desechos sólidos la Municipalidad brinda el servicio recolección de basura, dos días a la semana. Además los usuarios promueven el reciclaje por medio del centro de acopio dentro del CAIPAD y a la comunidad:

En la institución y en general en toda la zona se cuenta con el suministro de agua potable. Acueductos y Alcantarillados brinda el servicio de agua apta para el consumo humano.

f) Actividad física

Se les fomenta a los usuarios a caminar, también practican fútbol y natación en piscina y se está planteando realizar dos días por semana actividad física.

g) Violencia

Según información brindada por las educadoras del centro, se han presentado casos de violencia emocional y violencia sexual, las cuales se presentan intrafamiliar y entre las parejas. Los casos se atienden en el CAIPAD cuando se presenta una crisis y son referidos a la trabajadora social.

h) Adicciones

Actualmente no se conoce si algún usuario consume alguna droga ilícita o lícita, años atrás se presentó el problema que uno de los usuarios consumía cigarrillos de tabaco pero el usuarios se retiró del centro.

i) Alimentación

En el centro se les brinda a los usuarios el servicio de alimentación y el menú es confeccionado por una nutricionista. Cuando los usuarios están sobre peso se le da menos proporción de harina y las educadoras les brindan orientación nutricional. La alimentación que tienen en sus hogares no es controlada por las docentes y desconocen el tipo de comida que ingieren.

## B. Descripción de dimensiones: CAIPAD-El Sol Brilla para Todos-San Ramón

### 1. Dimensión biológica:

En la dimensión biológica se aborda las discapacidades y enfermedades que poseen los usuarios de los CAIPAD de San Ramón. El centro cuenta con 53 usuarios de los cuales 29 son hombres y 24 mujeres. Comprenden edades entre 18 y 55 años. Se identifican diferentes discapacidades, las cuales se exponen a continuación, de acuerdo con la cantidad de usuarios que las presentan: 22 cognitivas, 17 síndrome de Down, 1 deficiencia visual, 4 DIMOC, 1 física, 1 cognitiva – autismo, 1 cognitiva-hidrocefalia, 1 encefalitis hepática – síndrome nefrótico, 1 sensorial (sordo mudo), 1 cognitiva – trastornos de la conducta, 1 Síndrome de Down- trastorno mental, 1 cognitiva- deficiencia visual y 1 cognitiva-enfermedad de Charcott.

Además, presentan enfermedades como hipertensión, diabetes, problemas del corazón y obesidad, las educadoras no poseen el dato sobre la cantidad de usuarios que tienen dichas enfermedades. En cuanto a los medicamentos, no se conoce la información, ya que todos los usuarios vienen medicados de sus hogares, y el centro no lleva ningún control.

### 2. Dimensión ecológica

La infraestructura es una casa de habitación, la cual está en carácter de préstamo y presenta bastante deterioro por antigüedad y falta de mantenimiento.

Está distribuida de la siguiente manera: dos servicios sanitarios, una cocina, comedor, un laboratorio de computación, una salita como aula de proyectos de educación especial, en la parte de atrás de la casa está el cuarto de pilas acondicionado para ser el taller de vida diaria, donde se les enseña a lavar su ropa, hacer sus camas, aplanchar y ahí mismo muchas veces se utiliza también como parte del comedor a la hora de la merienda y el almuerzo, ya que el número de usuarios excede al tamaño de la infraestructura. En el comedor principal se realizan diferentes actividades con los usuarios y también se encuentra el escritorio de las

docentes, al igual que el laboratorio de computo el cual es compartido con la oficina de la directora del centro, ahí mismo hay un cuarto pequeño que cumple la función de bodega.

Cabe destacar que la Junta Directiva no tiene ningún espacio para realizar sus actividades. Las reuniones con el equipo base y con los padres de familia o encargados, se hace en instalaciones totalmente aparte del CAIPAD. Por otro lado, el centro cuenta con una rampa y casilleros para los usuarios, así como los baños con sus respectivas adaptaciones para las personas adultas con discapacidad.

### 3. Dimensión económica

#### a) Ocupación de los habitantes:

Los usuarios realizan diferentes actividades como: taller de baile, habilidades adaptativas, educación física, repostería manualidades. Pero estos últimos quehaceres no les brindan ingreso económico alguno, con el cual puedan contar para su manutención. Algunos de ellos reciben becas de instituciones del Estado como por ejemplo de la JPS y del CNREE.

Para realizar dichas actividades, el centro recibe colaboración económica de la JPS y el Walmart que les colabora con alimentos para el consumo de los usuarios y educadoras. Además, se solicita una colaboración de cinco mil colones a los padres.

Las ocupaciones de las madres de familia son: 26 amas de casa, 1 agricultor, 2 cuidadoras de adultos, 1 costurera, 3 trabajadora doméstica, 1 madre no trabaja por problemas de salud, 2 cocineras, 1 estilista, 1 empacadora de panadería, 1 profesora pensionada y 1 abogada. Ocupaciones de los padres: 5 no trabajan, 1 panteonero, 1 fotógrafo, 2 agricultores, 1 porteador, 2 peones de construcción, 1 administrador de locales (tienen locales de alquiler), 1 camionero, 1 abogado y 1 docente.

b) Vivienda:

Según datos brindados por las educadoras el estados de la vivienda de los usuarios es: 26 casas en buen estado, 18 casas en estado regular y 2 casas en mal estado: 2. Hay 11 usuarios que viven en casa hogar y 4 viven solos.

c) Salud

En cuanto a los servicios de salud, el hospital Carlos Luis Valverde Vega es el centro encargado de dar la atención médica especializada; también se cuenta con los diferentes Ebais y Áreas de salud de la CCSS.

En el CAIPAD se les brinda a los usuarios un seguro de les cubre de muerte, accidental, incapacidad permanente por accidente y gastos médicos por accidente, además determinan si los usuarios por sus características necesiten de una atención directa y urgente de un determinado especialista, y dan el seguimiento hasta que el usuarios este sano. Los usuarios no reciben charlas sobre temas de salud en la institución.

4. Dimensión de conciencia y conducta

a) Organización administrativa

El CAIPAD está ubicado en la provincia de Alajuela, en el cantón de San Ramón. Específicamente en uno de los 16 distritos que cuenta el cantón, llamado San Isidro. Para el 2011 contaba con una población 4 478, en comparación de los demás cantones es uno de los que posee menos población (INEC, 2011).

Dicho distrito está alejado del centro de San Ramón, aproximadamente a diez minutos en autobús. Cerca de la institución se puede observar casas, pulpería, iglesia católica y salón comunal.

En el cantón se puede encontrar varias organizaciones e instituciones estatales Sede de Occidente de la Universidad de Costa Rica, asociaciones de desarrollo, Municipalidad, tiendas de ropa, zapaterías, joyerías y venta de comidas.

En cuanto a la organización administrativa del centro, este está compuesto por la Asociación el Sol Brilla para Todos, la cual está representada por una Junta Directiva, la cual se encarga de realizar las compras de los materiales y de realizar los distintos pagos. Grupo de educadoras: quienes realizan sus diferentes actividades de trabajo y una educadora ejerce como administradora.

b) Participación comunitaria

En el centro no se realiza involucramiento con la comunidad. Buscan darlo a conocer por medio de presentaciones en desfiles, presentación del grupo de baile y por medio de las olimpiadas especiales.

c) Interinstitucionalidad

El centro tiene buena comunicación con la UCR, la cual le colabora con estudiantes quienes realizan prácticas en allí. Hay una Universidad Privada que les colabora con capacitaciones de usuarios. La Municipalidad de San Ramón les va colaborar el próximo año, con un terreno para construir; la JPS les aporta ayuda económica, y el Walmart les colabora con la alimentación.

d) Medios de comunicación, transporte e industrias del lugar

Los medios de transporte que utilizan son el bus, taxis y los carros de los padres de familia. El servicio de bus es deficiente ya que solo cada hora pasa un bus por la zona. En el CAIPAD se cuenta con el servicio de luz y teléfono, y hay señal para celular.

e) Higiene

En cuanto a la limpieza, el centro generalmente está aseado, hay una señora contratada, quien se presenta una vez al día a realizar la limpieza. Los residuos sólidos quedan

a la disposición de los camiones municipales los cuales pasan tres días a la semana. El agua que se consume en la zona es apta para el consumo humano, es suministrada por Acueductos y Alcantarillados.

f) Violencia

En cuanto a casos de violencia física y verbal, hay un usuario que recibe maltrato verbalmente por su madre. Ante esta situación, las educadoras acudieron a un especialista en psicología externo a la institución, ya que no cuentan con un profesional en esta área.

g) Actividad física

Dentro de la institución no hay planteamiento dirigido a actividad física; en algunas ocasiones juegan con bolas y realizan estiramientos, pero no hay un proyecto consolidado.

h) Adicciones

En relación con la presencia de problemáticas de adicciones, no hay casos de usuarios reportados que ingieran algún tipo de droga.

i) Nutrición

La institución brinda el servicio de alimentación de almuerzo y merienda; el menú no es realizado por nutricionista. En las meriendas siempre se les brinda alguna fruta de la época, ya que anteriormente los usuarios traían alimentos poco saludables de sus hogares; ahora son preparados por una de las educadoras.

C. Descripción de Dimensiones: CAIPAD- ACEFOPAVAS

1. Dimensión biológica:

En cuanto a la dimensión biológica, el CAIPAD ACEFOPAVAS, cuenta con 21 usuarios, 4 mujeres y 17 hombres, que poseen distintas discapacidades como: 1 cognitiva-epilepsia, 1 cognitiva de origen-emocional, 12 cognitiva, 1 Síndrome Asperger, 2 Síndrome

de Down, 1 factor X, sordera parcial, 1 TMC 2 a lesión-cerebral. La edad de los usuarios está comprendida entre los 25 y 50 años. Además, presentan enfermedades como: sobre peso y presión alta. En cuanto a tratamientos, los usuarios vienen medicados desde sus hogares; y se desconoce sobre los medicamentos que consumen.

## 2. Dimensión ecológica:

El CAIPAD se encuentra ubicado en las instalaciones del CNREE en Heredia, donde disponen de un salón grande, un salón pequeño y pueden utilizar la zona verde.

En el salón grande hay una oficina donde se reúne la Junta Directiva, tiene varias mesas largas y sillas, donde realizan las diferentes actividades, además, también hay un escritorio el cual utiliza el educador como oficina; dentro del mismo espacio se encuentra un área para calentar los alimentos y preparar ensalada y refresco; ellos almuerzan y comen la merienda en las mismas mesas donde realizan las actividades.

El salón pequeño lo utilizan para cortar madera y pintar muebles; la zona verde la usan para realizar actividades recreativas y un espacio pequeño de la zona verde para sembrar lechuga hidropónica, chile, pepino entre otros vegetales.

Los baños que utilizan están bien adaptados según las necesidades de los usuarios.

Los usuarios provienen de diferentes zonas de San José y Heredia. Para llegar al Centro algunos deben tomar hasta dos buses, dado que el CAIPAD se encuentra en una zona bastante transitada, por vehículos, por lo cual es una situación de riesgo. Debido a esta situación el centro ofrece transporte a los usuarios que son de San José cuando sale de clases y a los usuarios que son de Heredia cuando vienen a las mismas; los que vienen de San José utilizan el transporte público que para frente al CNREE y en ese mismo sitio consiguen el transporte los que van para Heredia al salir.

### 3. Dimensión económica:

#### a) Ocupación de los habitantes:

Como se mencionó anteriormente el CAIPAD ACEFOPAVAS se encuentra ubicado en las instalaciones del CNREE, el cual está situado en una zona industrial de Heredia. El CNREE es el ente rector en discapacidad de Costa Rica, en el trabajan diferentes profesionales en diferentes áreas como: educación especial, terapia física, psicología, derecho, administración, médicos y entre otros.

Los usuarios realizan en el centro diferentes labores como la confección de artículos en madera, cultivan lechuga hidropónica, pepino y chile, ensamble de prensas y reciclaje.

En relación con la ocupación de los padres de los usuarios se tiene que el 20% de los padres son educadores y el 80%, son madres adultas mayores que se dedican al quehacer del hogar y no reciben salario. Algunos reciben subsidios por el CNREE y por el IMAS. Es poca la información que se conoce sobre la situación familiar de los usuarios, pero actualmente se están realizando iniciativas al respecto, como los son visitas a los hogares.

El CNREE, cubre los costos de agua, luz, teléfono y mantenimiento, lo cual es un factor positivo, pero a la vez es negativo porque el edificio que ocupan está en carácter de préstamo.

Los materiales que se utilizan para realizar las diferentes actividades, se compran con dinero que la JPS dona; la plata también es utilizada para darles a los usuarios ensalada y freso a la hora del almuerzo, se realizan giras recreativas y educativas, y se compran bultos, zapatos, uniformes, ropa para fin de año, así como uniformes para el equipo de fútbol.

#### b) Vivienda:

Acercas de la condición de las viviendas en la habitan los usuarios, se desconoce su estado ya que anteriormente no se contaba con un profesional a cargo; en la actualidad se cuenta con una profesional en educación especial la cual está realizando visitas a los hogares.

c) Salud

En relación con los servicios de salud se conoce que los usuarios asisten a las clínicas correspondientes a su lugar de residencia. El CAIPAD desconoce sobre los tratamientos y citas médicas. En algunas ocasiones, los integrantes de la Junta directiva les traen oculistas. Es importante mencionar que el centro tiene un instrumento para medir la presión y temperatura de forma digital. Pero en este no se realizan charlas de promoción y prevención de la salud.

4. Dimensión de conciencia y conducta:

a) Organización administrativa

El CAIPAD ACEFOPAVAS está ubicado en la provincia de Heredia en el cantón de Ulloa, barrio la Valencia, precisamente en las instalaciones del CNREE. Esta es una zona industrial; en la cercanía se encuentran ventas de automóviles, Cementerio Jardines del Recuerdo, lotes vacíos y pocas casas, debido a su ubicación la población que interactúan los usuarios es con los empleados de dicha institución.

Administrativamente, el CAIPAD está conformada por la Asociación ACEFOPAVAS, la cual está representada por la Junta Directiva y tiene bajo su responsabilidad el aprobar los proyectos y comprar los materiales. También lo conforman los educadores; actualmente hay dos docentes uno en artes industriales, quien también tiene el cargo administrativo, y otra en educación especial. Los padres no son un grupo participativo.

La relación entre la Junta Directiva y los educadores es buena. Pero el año pasado se presentaba un problema bastante importante, ya que solo había un educador el cual se encargaba de todos los estudiantes y de ejercer el cargo administrativo; actualmente se contrató a otro docente.

b) Participación comunitaria

No hay participación comunitaria y esto se le puede atribuir a la ubicación de la instalación ya que se encuentra en una zona no muy habitada y los usuarios provienen de lugares alejados del centro.

c) Interinstitucionalidad

Se cuenta con la participación de la UNA, que les colabora con capacitaciones y con estudiantes que realizan sus prácticas. La JPS les colabora con ayuda económica y el CNREE les brinda la instalación.

d) Medios de comunicación, transporte e industrias del lugar

Los medios de comunicación con los que cuentan el CAIPAD son teléfono fijo y señal para celular, además, cuentan con una red para internet. En los alrededores del centro no se cuenta con teléfonos públicos. En cuanto los medios de transporte el bus y microbús privada es el más utilizado por los usuarios.

e) Higiene

En cuanto a la higiene, el CAIPAD cuenta con el servicio de limpieza; por lo general todo está muy aseado y en orden. En la zona se cuenta con el servicio de agua apta para el consumo humano que brinda Acueductos y Alcantarillados. En relación con la higiene de los usuarios, el profesor conversa con ellos al respecto y hablan con ellos personalmente y en privado si fuera necesario alguna recomendación.

Para la recolección de desechos sólidos, la Municipalidad de Heredia brinda el servicio. Además, los usuarios se encargan de reciclar en el CNREE.

f) Adicciones

El educador no conoce casos de adicciones en el centro; como su relación con los usuarios es bastante buena, conversa con ellos sobre el tema, pero no se imparten talleres ni charlas.

g) Actividad física

Dentro del Plan de Trabajo no se trata la temática de actividad física. En el tiempo de recreo los usuarios practican fútbol.

h) Nutrición

Dentro del plan de trabajo no se tratan temas nutricionales pero se les fomenta el consumo de ensaladas, las cuales son preparadas por los usuarios antes de cada almuerzo, con productos cosechados por ellos. El CAIPAD no controla la alimentación que tienen ya que ellos traen su comida preparadas desde sus hogares.

i) Violencia

En cuanto a violencia no se conoce datos de violencia en los hogares, ya que como se mencionó en el apartado anterior, ya que hasta ahora se está implementando las visitas a los hogares. Uno de los resultados del análisis FODA, se refiere a lo exteriorizado por una de las usuarias, y es que en las calles las personas los discriminan y les gritan palabras ofensivas.

## MARCO CONCEPTUAL

### A. Salud

A lo largo de la historia el concepto de salud ha ido evolucionando, dejando atrás el enfoque biológico y de enfermedad, que no deja de ser importante pero sí insuficiente para un abordaje adecuado en salud. En la actualidad se trata de modo más integral y complejo, y no solo se concibe como la ausencia de la enfermedad y se analiza al ser humano en su entorno y comportamientos.

Se puede definir la salud como un concepto dinámico, varía según la población a la cual va enfocado, trasciende de manera cambiante, en la que confluyen otros procesos biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales, que se relacionan directamente con el entorno inmediato de las personas y su convivencia (Perea, 2004).

La salud es un derecho de todos los seres humano. Por lo tanto, la atención de las personas con discapacidad desde el nuevo concepto de salud, debe incorporar el análisis integral desde los determinantes sociales de la salud (Márquez, 2002). La salud de las personas con discapacidad no se mejora solamente con la asistencia hospitalaria sino teniendo en consideración el entorno donde estas personas se desarrollen y logren mejorar su calidad de vida, a partir de la satisfacción de sus necesidades básicas.

Se han planteado diferentes enfoques teóricos para conocer sobre la situación de la salud de las personas, en el siguiente apartado se expone algunos de ellos:

## B. Determinantes sociales de la salud

En 1974, Marc Lalonde, propone un modelo para el análisis de los determinantes sociales de la salud donde incluye diferentes elementos: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema de asistencia sanitaria.

Según Lalonde (1992: 31-32): Biología humana: incluye los aspectos de la salud tanto física y mental, es lo que se desarrolla en el cuerpo humano como consecuencia de la biología perteneciente al individuo, se incluye la genética y los procesos de envejecimiento entre otros. Medio ambiente: son esas situaciones relacionadas con la salud que son externas al cuerpo humano y de las cuales el individuo tiene poco o ningún control. Estilo de vida: son las decisiones que toma una persona para su salud. Son decisiones personales y hábitos buenos o malos para la salud. Sistema de asistencia sanitaria: Consiste en la prestación del servicio sanitario.

Esta propuesta establecida en Canadá dio efectos positivos, se comprobó que las enfermedades causadas por los malos estilos de vida, repercutían en gran parte en el costo económico de la salud. Por lo cual se incentivó más a la educación y la prevención (Lalonde, 1974).

Castellanos (1991), propone que la situación de salud de la población está relacionada con su modo de vida. Considera que se puede identificar brechas de salud mediante la utilización de perfiles diferentes, en los que se articulen sistemas de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. El mismo autor en el año 1998 plantea que las condiciones de vida se presentan en cuatro dimensiones: biológica, ecológica, económica y conciencia y conducta.

La OMS propone que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, divididos en cuatro grandes grupos: medio ambiente, estilos de vida, biología humana y sistemas de servicios de salud (2005). Estos determinantes explican la mayor parte de las inequidades en salud, las diferencias injustas y evitables observadas en los países,

comunidades, lugares de trabajo, centros de enseñanza, instituciones y en este caso los CAIPAD.

Según el nuevo informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, citado por Solar, los determinantes de la salud constituyen un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada influyen en los niveles de salud de los individuos y las comunidades. La influencia de los determinantes de la salud a lo largo de la vida puede ayudar a entender los patrones de salud-enfermedad de las poblaciones en las últimas décadas (2014).

Para comprender un poco más los grandes grupos en que se dividen los determinantes sociales de la salud, se explican cada uno a continuación (Solar, 2014):

- **Circunstancias materiales de vida y trabajo:** se refiere a todos los asuntos relacionados la persona, su estabilidad económica y el entorno físico, social y de trabajo.
- **Biología humana:** todos los aspectos de la salud, física y mental, desarrollados en el cuerpo humano, como resultado de la función orgánica. Algunos ejemplos: fortaleza general, resistencia a la enfermedad, susceptibilidad a la enfermedad y enfermedades genéticas.
- **Estilo de vida:** esto es lo que concierne a las decisiones sobre las cuales el individuo tiene el control, son riesgos impuestos creados por el estilo de vida poco saludable, que contribuyen a causas de enfermedades. Hábitos dietéticos inadecuados, falta de ejercicio, ocio/sedentarismo, abuso de sustancias, alcohol, tabaco o drogas, conductas violentas, conductas sexuales irresponsables, actividades de riesgo, abuso de medicinas, entre muchas.
- **Sistemas de salud y cohesión social:** la cantidad, calidad y organización de los servicios de salud y las relaciones de las personas y recursos en la prestación de la atención de la salud, para mencionar lo que corresponde a un servicio adecuado, calidad, disponibilidad, accesibilidad, costes.

### C. Promoción de la salud

La promoción de la salud es una estrategia que busca beneficiar a las poblaciones, por medio del empoderamiento y la construcción de una salud integral, según la OMS (2005):

“La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual”. (p. 33)

Por lo anterior, la promoción de la salud es básicamente una actividad específica del ámbito social y de la salud y no un servicio médico curativo, por ello requiere que los profesionales en salud desempeñen un papel importante en propiciar y facilitar la salud en las comunidades.

Es una estrategia que abarca las acciones tuteladas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el propósito de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Los ejes de abordaje de la Promoción de la Salud propuestos por la Carta de Ottawa son: establecer una política pública a favor de la salud, crear entornos que apoyen a la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios (1986).

Además, posee diferentes líneas de acción las cuales son: elaboración de políticas públicas y legislación saludable, creación y protección de ambientes saludables, fortalecimiento de la acción comunitaria, fortalecimiento de las potencialidades individuales y colectivas, reorientación de los servicios de salud y el desarrollar estilos de vida sanos (OMS, 2011).

Las herramientas que posee la Promoción de la Salud son: participación social, educación para la salud, mercadotecnia social, intersectorialidad, construcción de alianzas y abogacía. Estas herramientas son utilizadas en diferentes momentos de la investigación, por lo tanto su consideración dentro de la propuesta son fundamentales. Los componentes de la Promoción

de la Salud los cuales ejercen un papel fundamental dentro del accionar de la promoción de la salud son: salud sexual, salud mental, alimentación saludable, actividad física, recreación y ambiente y entorno saludable.

#### D. Herramientas de la Promoción de la salud

##### 1. Participación social

La participación social es una de los principales retos de la promoción de la salud y es un proceso fundamental para la implementación de proyectos en esta área, debido a que la salud se construye con los pueblos y para los pueblos. Una de las claves para realizar un adecuado proyecto en promoción de la salud es la construcción en conjunto con las comunidades, ya que son estas las que conocen su realidad y por ende sus necesidades (Restrepo, 2009).

Se define como comunidad “grupos de personas que viven cerca las unas de las otras o tienen una serie de vínculos sociales y que, en muchos casos, comparten una misma motivación o necesidad” (OMS, 2013:45). El empoderamiento de este grupo de personas sobre su salud crea movimientos favorecedores para su bienestar social, ya que la motivación que los moviliza la viven todos los días.

La OMS define la acción comunitaria para la salud como “los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud” (OMS, 1998, p.16). La participación social comunitaria ayuda a que las poblaciones más desprotegidas puedan cambiar su realidad. Y el empoderamiento de los excluidos permite el ejercicio de un poder de grupo para mejorar las condiciones de vida, gobernando en conjunto grupos y sociedades mediante un poder igualitario, en el que la gente se une para lograr una meta común (Ponce, 1995).

## 2. Educación para la salud

Según la OMS (1998):

“La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”. (p. 13).

Por lo tanto la educación para la salud son esos espacios que se le debe brindar a la población, para darles los conocimientos y ayudarles a desarrollar habilidades necesarias para que puedan corregir esas prácticas negativas en salud. Para estos se puedan responsabilizar de sus acciones.

A la hora de plantear un programa en educación para la salud se debe contemplar las siguientes áreas según Perea (2004):

- Cuidados personales.
- Relaciones personales y humanas, incluyendo educación sexual y aspectos de salud mental y emocional.
- Educación alimentaria.
- Uso y abuso de medicamentos y drogas (legales e ilegales).
- Medio-ambiente y salud.
- Seguridad y prevención de accidentes.
- Salud comunitaria y su utilización
- Vida familiar.
- Prevención y control de enfermedades

Pero como el concepto de salud es dinámico y varía según la población, se pueden incluir otras temáticas de necesidad para la población. Es importante mencionar que estos programas de salud se pueden realizar en cualquier lugar donde se encuentren las personas que los requieran, ya sea en una comunidad, en un barrio o alguna institución. Además hay que

reconocer que hay poblaciones que se encuentran más vulnerables en este caso, las personas adultas con discapacidad, presentan una doble condición de riesgo como lo es la discapacidad y que muchos llegan a ser adultos mayores, por lo cual pueden desarrollar otros factores negativos que los afecten.

### 3. Mercadotecnia social

La mercadotecnia social se refiere según Kotler (2002):

“...al uso de principios y técnicas de mercadotecnia para influenciar a la audiencia meta a aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad. Va dirigido directamente a abordar temas de salud con el fin de cambiar comportamientos negativos de la población” (p.49).

La mercadotecnia es un instrumento multidisciplinario que sirve para crear estrategias que lleguen de forma masiva a la población, por medio de la educación, motivación e información para así lograr cambios en los estilos de vida de los distintos grupos meta.

### 4. Intersectorialidad

La intersectorialidad en salud se refiere a la participación de distintitos sectores sociales, que realizan intervenciones en forma conjunta para lograr el cambio de una problemática (CCSS, CENDEISS &UCR, 2004).

La intersectorialidad puede desarrollarse no solo con sectores sociales involucrados en la problemática también pueden ser miembros de industrias que buscan colaborar con algún bien social.

La intersectorialidad es un trabajo coordinado entre una o varias organizaciones, esto beneficia para no duplicar esfuerzos, y gracias al apoyo de capacitación, económico y de conocimiento, y por ende al surgimiento de alguna organización.

#### 5. Construcción de alianzas

Una alianza para la promoción de la salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud decididos conjuntamente. La creación de alianzas supondrá a menudo la mediación entre los distintos socios en la definición de los objetivos y normas deontológicas básicas, las áreas de acción conjunta, y los acuerdos sobre la forma de cooperación dentro de la alianza (OMS, 1998).

#### 6. Abogacía

Una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida sanos.

Dicha acción puede ser adoptada por los propios individuos y grupos, con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida sanos. La abogacía por la salud es una de las tres grandes estrategias de promoción de la salud y puede adoptar muchas formas incluidas el uso de los medios informativos y los de multimedia, la presión directa a los políticos y la movilización de la comunidad, por ejemplo, a través de grupos de presión, sobre cuestiones concretas. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel como defensores de la salud en todos los niveles de la sociedad (OMS, 1998).

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a

aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La existencia de un proceso de capacitación (*empowerment* empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

#### E. Adulthood and disability

Las personas adultas con discapacidad constituyen un sector de población heterogéneo, pero todas tienen en común que, en mayor o menor medida, precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones con el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país. Por ello, resulta fundamental diseñar nuevos escenarios de aprendizaje como focos de convivencia encaminados al desarrollo de habilidades para una vida más independiente y nuevos perfiles de apoyo para que puedan vivir de la manera más autónoma posible y disfruten de la mayor calidad de vida (Liesa & Vived, 2010).

Las dificultades de una persona con discapacidad tienen su origen en sus limitaciones personales, pero también en los obstáculos y condiciones adversas presentes en la sociedad, estructurada con base en el patrón de la persona que responde al tipo de medio en el que se desarrolla. Dentro de estas limitaciones, la posibilidad de desarrollar una vida independiente se convierte en un reto para esta población (Vega, 2007).

La autonomía es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de las personas adultas con discapacidad. Por ello, el aprendizaje (y por tanto la enseñanza) de habilidades de autonomía para la vida diaria, como habilidades con el vestido, con la alimentación, con el aseo, con las tareas de hogar, así como en el campo laboral, en la realización de actividades cotidianas, en tener responsabilidades y asumirlas, son necesidades de todas las personas, en especial las adultas con discapacidad.

Este aprendizaje se inicia en los primeros meses de nacimiento y se va desarrollando a lo largo de las distintas etapas vitales, lo cual les favorece a la llegada de la etapa de la adultez y la etapa de adulto mayor, porque al potenciar esas habilidades, autonomía e independencia, será una persona realizada, motivada, sana y feliz, eliminando ese estereotipo del perfil de una persona con discapacidad o en condición de discapacidad, de persona inútil, carga para la familia y enfermo crónico. Por el contrario, debe potenciarse el perfil de persona productiva, útil, capaz, autónoma y saludable (Orientaciones Técnicas para la implementación de plan de estudios de Centros de Atención Integral de Personas Adultas con Discapacidad, 2013).

En este contexto, se exigen nuevos marcos de comprensión, nuevas actitudes hacia la discapacidad desde el respeto a las diferencias y la igualdad de oportunidades de todos los hombres y mujeres, desde el reconocimiento de sus posibilidades en el marco de la discapacidad: poner en evidencia que estas personas son capaces de desenvolverse en el ámbito social con mayor autonomía e independencia de la que muchas veces se les reconoce (Liesa & Vived, 2010).

## F. Tipos de Discapacidad

### 1. Diversidad Funcional o Discapacidad Funcional (Personas con Discapacidad)

Es un término alternativo al de discapacidad que ha comenzado a utilizarse en España por iniciativa de los propios afectados. El término fue propuesto en el Foro de Vida Independiente, en enero de 2005 y pretende sustituir a otros cuya semántica puede considerarse peyorativa, tales como "discapacidad" o "minusvalía"; se propone un cambio hacia una terminología más positiva y rehabilitadora sobre la diversidad funcional.

El término oficial para referirse a las personas con diversidad funcional es, por ahora, "personas con discapacidad", es el concepto que recoge la OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y que la legislación

internacional y las asociaciones representantes de personas con diversidad funcional emplean de forma mayoritaria (Romañach, 2008).

## 2. Discapacidad física o motriz

La persona con discapacidad motriz es aquella que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración en su aparato locomotor, debida a una alteración del funcionamiento en el sistema óseo-articular, muscular o nervioso, y que en grados variables limita algunas actividades que pueden realizar el resto de las personas. Además puede quedar afectadas también las áreas del lenguaje o la manipulación de objetos (Peralta, 2007).

## 3. Discapacidad Intelectual o Cognitiva

Esta discapacidad se define como la limitación significativa en el funcionamiento intelectual e inteligente, también se refiere a las limitaciones significativas en la conducta adaptativa o capacidad de adaptación expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas (Peralta, 2007).

Algunas discapacidades intelectuales son:

- Síndrome Down
- Retraso Mental

## 4. Discapacidad Mental

Es una alteración de los procesos afectivos y cognitivos del desarrollo que provoca trastornos del razonamiento, del comportamiento, la adaptación y comprensión de la realidad (Peralta, 2007).

Posibles limitaciones o inconvenientes a los que hacen frente las personas con trastornos mentales son:

- En las relaciones sociales.

- En el procesamiento y asimilación de información así como su adaptación al entorno.
- En el seguimiento continuado, debido a tratamientos, revisiones.

Los trastornos mentales de mayor incidencia son: depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de ansiedad y síndrome de Asperger (Peralta, 2007).

## 5. Discapacidad Sensorial

Se presenta discapacidad sensorial cuando existe una alteración que afecta a los órganos de la vista y del oído (Peralta, 2007).

Se divide en dos subgrupos:

### Discapacidad Sensorial Auditiva

Comprende las deficiencias con pérdida total, sordera profunda o la pérdida parcial, sordera leve o hipoacusia (Melero et al, 2006).

### Discapacidad Sensorial Visual

Normalmente la discapacidad visual moderada y grave se reunifican bajo el término baja visión; quedando coloquialmente dos divisiones, la baja visión y la ceguera (Melero et al, 2006).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, la función visual se subdivide en cuatro niveles:

- Visión normal.
- Discapacidad visual moderada.
- Discapacidad visual grave.
- Ceguera.

## G. La promoción de la salud ante la discapacidad

La salud tiene mucho que ver con la discapacidad; si en muchos casos la falta de salud está en el origen de la discapacidad, en otros, la discapacidad, si no se recibe la atención adecuada, se puede derivar en varias enfermedades, pero desde la perspectiva integradora

que tienen la salud, toma en cuenta tanto los aspectos físicos y psíquicos como los sociales y éticos, así como los culturales.

De aquí parte el papel o rol protagónico de la promoción de la salud, donde la OMS (1999) la define como:

“...el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de la salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de las personas en favor de la salud pública e individual” (p. 36).

La dimensión holística de la promoción de la salud implica la necesidad de abordar el tema del desarrollo humano en la mirada de personas (incluyendo el análisis de la persona en situación de discapacidad) y de grupos vulnerables, a pesar de las discapacidades, todas las personas tenemos derechos, y su respeto y atención facilita ser plenamente humanos (Liesa & Vived, 2010).

## H. Planificación Estratégica y Promoción de la Salud

### 1. Planificación Estratégica

La planificación estratégica se define como la combinación de técnicas, instrumentos y acciones que una organización o grupo de individuos aplica para alcanzar sus objetivos, se concreta en un Plan de actuación (plan estratégico) que se fundamenta en una representación crítica y colectiva de la realidad social, con finalidades o metas individuales y colectivas. Incluye una previsión sobre las dinámicas, una secuencia de acciones y dinámicas comunicativas y un proceso integral y permanente de seguimiento del propio plan (Viché, 2010).

La Planificación Estratégica, constituye una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia, calidad en los bienes y servicios que se proveen (Viché, 2010).

Desde esta perspectiva, los estándares de confiabilidad para identificar aspectos claves que apoyen la planificación estratégica, son: la definición de la misión, objetivos estratégicos, estrategias y definición de metas e indicadores.

La planificación estratégica cuenta con una serie de elementos constitutivos y, como hemos visto en el apartado anterior, con unos elementos metodológicos para la elaboración de su plan de acción. Entre los elementos que constituyen su proceso metodológico de elaboración se encuentran: las técnicas grupales y participativas y la comunicación interactiva (Morrisey, 1993).

Como fases de la intervención estratégica mencionamos las siguientes:

1. Definición del problema: cuál es la necesidad o necesidades principales en el lugar de estudio, definir las prioridades de las necesidades y abordarlas de forma participativa con las personas colaboradoras (comunidad, personal docente, familiar u encargado de las personas adultas con discapacidad).

2. Definición de los objetivos: una vez definidas y priorizadas las necesidades, se formulan objetivos que cumplan con la forma adecuada de abordar dichas necesidades.

3. Definición de las soluciones deseadas: de aquí parte el hecho de que las soluciones propuestas no todas son viables, o no se ven los resultados a corto plazo, por lo que dichas soluciones deben de partir de los recursos humanos como económicos y materiales con los que se cuenta para poder desarrollarlas y ejecutarlas de forma adecuada.

4. Definición de las estrategias: las estrategias se definen después que se establecen los métodos, actividades y materiales que ayudaran a desarrollar los objetivos previamente planteados; las estrategias deben abordar la mayoría de necesidades y promover la participación colectiva para que sean innovadoras y creen impacto en la población meta.

## 2. Planificación Estratégica en Promoción de la Salud

La Planificación Estratégica en promoción de la salud, es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones (Eyzaguirre, 2006).

La planificación estratégica en promoción de la salud debe ser entendida como un proceso participativo, que no va a resolver todas las incertidumbres, pero permitirá trazar una línea de propósitos para actuar en consecuencia (Eyzaguirre, 2006).

Se consideran varias dimensiones con las cuales se puede desarrollar la planificación estratégica, como la definición de los objetivos y sus correspondientes estrategias lo que permitirá seleccionar las actividades prioritarias para el mejoramiento de la organización y aprovechar las ventajas que aparezcan relacionadas con su actividad.

La planificación estratégica en promoción de la salud se desarrolla en el espacio concreto en el que habitan las personas, donde interactúan los distintos sectores del Estado, las organizaciones propias de la comunidad y los ciudadanos entre sí. La participación comunitaria esencial para sostener las acciones en materia de promoción de la salud, porque abarca no solo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y

económicas subyacentes y en los entornos que influyen sobre la salud; por lo tanto es sinónimo de construcción de ciudadanía en el campo del derecho a la salud.

### I. Análisis Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el análisis FODA es un instrumento de planificación estratégica que se utiliza para evaluar los factores externos e internos de una organización; entiéndase por factores externos las oportunidades y las amenazas, y por factores internos las debilidades y fortalezas (2007). Además es un modelo sencillo y claro que da dirección a la organización, es apropiado para trabajar en la etapa de diagnóstico o análisis situacional con miras a la planeación integral (Díaz, 2005).

La herramienta genera un aporte analítico ya que separa los factores en dos bloques: los factores internos (fortalezas y debilidades) corresponde a esos aspectos los cuales la organización tiene un grado de control y los externos (oportunidades y amenazas) son las situaciones que se debe enfrentar en su entorno, donde unos son positivos y otros negativos correspondientemente (Díaz, 2005).

Las fortalezas son aquellos elementos o factores que estando bajo su control, mantiene un alto nivel de desempeño, generan ventajas con posibilidades atractivas en el futuro. Las debilidades son carencia, algo en lo que la organización tiene bajos niveles de desempeño y por tanto es vulnerable. Las oportunidades son aquellas circunstancias de externas que son potencialmente favorables para la organización. Y las amenazas son factores del entorno que resultan en circunstancias adversas que ponen en riesgo el alcanzar los objetivos de la organización (Ramírez, 2005).

## MARCO REFERENCIAL DEL ESPACIO DE SALUD

### A. Ubicación Espacial del CAIPAD

Los CAIPAD son una propuesta que determina el MEP, trabajan bajo la modalidad de centros privados subvencionados, lo cual quiere decir que dicha institución les asigna los docentes y se encargan del pago de sus salarios, y un docente con tiempo de dirección. Dentro del MEP están vinculados al Departamento de Centros Privados (DECDOP) y Departamentos de Centros de Educación Especial (DEE).

Brindan atención a personas adultas con discapacidad que requieren de apoyo educativo, ocupacional, laboral o bien para la ejecución de actividades en su vida cotidiana. De esta manera, su integración social se convierte en un instrumento de calidad de vida, para ellos, así como para sus familias. Además, reciben a personas adultas con discapacidad, que no han gozado anteriormente de otros servicios y personas egresadas de los centros de educación especial. Se trabaja bajo dos modalidades: Modalidad A: son personas que requieren de apoyos prolongados o permanentes en algunas áreas de la vida cotidiana y, Modalidad B: personas que requieren de apoyos prolongados o permanentes para el desempeño de la mayoría de las actividades ocupacionales y de la vida cotidiana (MEP, 2000).

Según información brindada por el CNREE, existen alrededor de veinticinco CAIPAD ubicados a lo largo del país (Ver anexo VIII). Para efectos de la presente investigación se trabajó con tres centros ubicados en las provincias de Alajuela y Heredia. A continuación se realizará una breve descripción sobre los espacios en que se ubican los centros:

### 1. CAIPAD-Talita Cumi, Naranjo:

El CAIPAD fue creado en 1980, por medio de la Asociación Talita Cumi y el MEP. Está ubicado en la comunidad de Cirrú Sur en el catón de Naranjo, provincia Alajuela. Este Centro recibe ayuda de la JPS, CCSS, INA y un proyecto fue financiado por un organismo internacional el JICA.

### 2. CAIPAD- El Sol Brilla para Todos, San Ramón:

El CAIPAD El Sol Brilla para Todos fue creado en 1995, por medio de la Asociación del mismo nombre y el Ministerio de Educación Pública. El Centro está ubicado en al distrito de San Isidro, en el catón de San Ramón, provincia Alajuela. Este Centro recibe ayuda de la JPS, la Municipalidad de San Ramón, Universidad de Costa Rica Sede Occidente, una universidad privada y una empresa privada.

### 3. CAIPAD-ACEFOPAVAS:

Fue creado en el año 1998 por medio de la Asociación ACEFOPAVAS y el MEP. Por medio de un convenio en el año 2003 está ubicado en las instalaciones del CNREE, el cual se encuentra en la Provincia de Heredia, en la región sur del cantón de Heredia, en la Zona Industrial la Valencia. Debido a su ubicación al convenio establecido, el CAIPAD recibe varios beneficios entre los que está la ausencia de pago de alquiler, electricidad y agua, reciben mantenimiento y teléfono, y además, colaboración económica de la JPS.

## B. Características de la población

A continuación se presenta la descripción de la población en estudio:

### 1. CAIPAD- Discapacidad Talita Cumi, Naranjo:

En el Centro hay 54 usuarios, 19 son mujeres y 35 hombres. Con diferentes discapacidades: múltiple, sensorial, intelectual, física y biopsicosocial. Las edades comprenden entre los 25 a los 57 años de edad.

### 2. CAIPAD,- El Sol Brilla para Todos, San Ramón:

Es una población de 53 usuarios, de los cuales 29 son hombres y 24 mujeres. Comprenden edades entre 18 y 55 años. Presentan diferentes discapacidades, las cuales se exponen a continuación: cognitivas, Síndrome de Down, deficiencia visual, DIMOC, física, cognitiva – autismo, cognitiva-hidrocefalia, encefalitis lepática – síndrome nefrótico, sensorial (sordo mudo), cognitiva – trastornos de la conducta, Síndrome de down- trastorno mental, cognitiva- deficiencia visual y cognitiva- enfermedad de charcott.

### 3. CAIPAD-ACEFOPAVAS:

El Centro, cuenta con 21 usuarios, 4 mujeres y 17 hombres, que poseen distintas discapacidades como: discapacidad cognitiva- epilepsia, discapacidad cognitiva de origen-emocional, discapacidad cognitiva, 1 Síndrome asperger, Síndrome de Down, factor X-sordera parcial, TMC 2 a lesión-cerebral. Los usuarios comprenden edades entre los 25 y 50 años de edad.

## C. Comportamientos del CAIPAD

### 5. CAIPAD Talita Cumi, Naranjo.

#### a) Localización administrativa

La institución está administrada por la Dirección Regional de Occidente, del MEP y pertenecen al circuito 05.

#### b) Tipo de institución

Trabajan bajo la modalidad de centros privados subvencionados del MEP. Este CAIPAD tiene usuarios de las dos modalidades A y B. Pertenece a la Dirección Regional de Occidente, y al circuito 05, y está ubicado en la provincia de Alajuela, cantón Naranjo, distrito de Cirrí Sur.

#### c) Historia de la institución

El CAIPAD de Naranjo se creó con el MEP en conjunto con la Asociación Talita Cumi. La cual se constituyó el 3 de Mayo de 1980. Su función es ayudar y apoyar a personas con discapacidad del cantón de Naranjo y sus alrededores para lo que genera programas y servicios para el desarrollo personal y social de estas personas.

Desde sus orígenes, la Asociación ha centrado sus esfuerzos, sumisión en promover, organizar, dirigir, representar y coordinar acciones y programas, para que las personas con discapacidad, y sus familias, puedan lograr una mejor calidad de vida y defiendan su igualdad de oportunidades en el cantón, brindando alternativas no sólo a quienes se han beneficiado de manera directa con sus servicios, sino también otras organizaciones que se crearon amparadas en este proyecto.

La Asociación brinda el servicio de CAIPAD y de Terapia Física, esto por medio de un convenio que tienen con la Caja Costarricense de Seguridad Social, Ministerio de

Educación y la Junta de Protección Social. Realiza programas como Proyecto de Capacitación e inclusión (PROCAIN), el cual busca integrar al campo laboral a las personas adultas con discapacidad.

d) Personal docente y administrativo

El personal docente a cargo de los usuarios del Centro son profesionales en las siguientes áreas: Directora/Educadora especial, Terapia física, Terapeuta ocupacional, y Psicóloga.

6. CAIPAD- el Sol Brilla para Todos-San Ramón

a) Localización administrativa

Circuito 01 de la Dirección Regional Educativa de Occidente.

b) Tipo de institución

Pertenecen al MEP trabajan bajo la modalidad de centros privados subvencionados. Reciben a usuarios de Modalidad A y Modalidad B, que no han gozado anteriormente de otros servicios y a personas egresadas de los centros de educación especial. Pertenece a la Dirección Regional de Occidente, circuito 01.

c) Historia de la institución

Esta iniciativa se dio porque un grupo de padres de familia del catón de San Ramón se preocuparon, ya que en la zona no se brindaba ningún servicio de educación o capacitación a sus hijos después de la educación primaria. Y así nació la Asociación El Sol Brilla para

Todos, la cual se inscribió en el MEP en 1994, amparada en ley de Asociaciones N° 218 y sus reformas; en 1995 ya funcionaba como CAIPAD.

En este lugar se ofrecen los servicios de Educación Especial, Educación para el Hogar, Computación, Educación Física, Talleres culturales y actividades recreativas. Cuentan con ayuda de la JPS y CNREE.

#### d) Personal docente y administrativo

A continuación se presenta el cargo de cada uno de los docentes que forman parte del equipo base del CAIPAD el Sol Brilla para Todos: Educación para el hogar - Talleres de repostería se encarga de la alimentación, Taller teatro – danza y mimos, Área recreativa, Entrenamiento de disciplinas deportivas, Docente de educación especial con recargo de dirección, Docente de educación especial con recargo de dirección, Docente de educación para el hogar

El personal administrativo del Centro está compuesto por presidente, vicepresidente, secretario, tesorero, vocal 1,2 y3, y fiscal.

### 7. CAIPAD-ACEFOPAVAS

#### a) Localización administrativa

Pertenece al Circuito 05 de la Dirección Regional de Heredia, Santo Domingo, Santa Rosa, barrio la Valencia.

#### b) Tipo de institución

Es una institución del MEP que trabaja bajo la modalidad de centros privados subvencionados. Es una institución Modalidad A y Modalidad B. Pertenece a la Dirección Regional de Occidente, circuito 01.

#### c) Historia de la institución

La Asociación ACEFOPAVAS, fue creada en el año 1998 por un grupo de padres que se apoyaron en la ley de Asociaciones N° 218 y sus reformas. (Actas de la Asociación ACEFOPAVAS, 1998). En esa época funcionaba en la Provincia de San José, en el sector de Pavas.

Para el año 2003 el CAIPAD ACEFOPAVAS, por medio de un convenio con el CNREE, se ubicó en las instalaciones del mismo. “De acuerdo a lo establecido por las partes, el objeto del convenio lo constituye un préstamo de un inmueble propiedad del Consejo que se encuentra dentro del dominio público en razón del uso público al cual está dispuesto, por lo que nos encontramos ante lo que se ha llamado en doctrina permiso de uso, regulado por el numeral 154 de la ley General de la Administración Pública (LGAP)” (CNREE, 2003).

#### d) Personal docente y administrativo

El CAIPAD de Heredia tiene dos educadores en artes industriales (cargo de dirección) y una educadora especial.

Personal Administrativo está compuesto por presidente, vicepresidente, secretario, tesorero, vocal 1,2 y3, y fiscal.

#### D. Marco Legal

Los CAIPAD son entes privados de interés público que reciben colaboración del Estado y son administrados por Organismos No Gubernamentales (ONG) como asociaciones, juntas directivas u organizaciones de padres de familia. Estos centros surgen como una alternativa de atención personal, social, ocupacional y productiva para la población adulta con discapacidad. Tienen como propósito ofrecer opciones de servicios que permitan desarrollar diversas habilidades para el desempeño cotidiano y potenciar el desarrollo integral, alternativa creada por la Comisión Creando Alternativas para Adultos con Discapacidad, en la que participaron el DEE del MEP, el CNREE, el IMAS y personal docente del Proyecto para Adultos de la Escuela del Hogar de Rehabilitación de Santa Ana (MEP & CNREE, 2013).

De acuerdo con información proporcionada por el MEP, el Consejo Superior de Educación es el que aprueba los planes y programas de estudios que se imparten en dichos centros y directamente ese ministerio financia el costo del recurso humano, específicamente nombrando docentes y profesionales en especialidades como terapia física y ocupacional, trabajo social y otros, es decir, que con recursos públicos se cubre uno de los rubros de gastos más significativo dentro de esos centros. En el 2007 el MEP registró 32 CAIPAD, los cuales se ubican en diferentes regiones del país.

De este total se identificaron 24 entes que tienen asignados 49 puestos pagados por el MEP, los que generan un gasto anual aproximado a los ¢380 millones (salarios y cargas sociales). Actualmente el MEP cumple solo con un 10% de apoyos para recursos humanos, con el costo restante colabora la Junta Directiva, o se trabaja con la modalidad de voluntariado; el MEP propone que se deben cumplir los requisitos establecidos en el Decreto N° 33.550 – MEP del 27/02/2007, denominado Reglamento del Otorgamiento de Estímulos a la Iniciativa Privada en Materia de Educación por parte del MEP.

La infraestructura utilizada por estos centros no es pública y el pago de servicios, como agua, electricidad, teléfono y otros de tipo operativo y variable, está a cargo de las ONG.

Según la Ley 7600 (1996) en los Artículos 1 y 2 indica que: “Se declara de interés público el desarrollo integral de la población con discapacidad, en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes que el resto de los habitantes”.

Según definiciones del Artículo 2 de esa misma Ley se tiene que:

- Igualdad de oportunidades: Principio que reconoce la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias.
- Equiparación de oportunidades: Proceso de ajuste del entorno, los servicios, las actividades, la información, la documentación así como las actitudes a las necesidades de las personas, en particular de las discapacitadas.
- Organización de personas con discapacidad: Son aquellas organizaciones dirigidas por personas con discapacidad o por sus familiares cuyos fines y objetivos están dirigidos a la promoción y defensa de la igualdad de oportunidades.
- Servicio de apoyo: Ayudas técnicas, equipo, recursos auxiliares, asistencia personal y servicios de educación especial requeridos por las personas con discapacidad para aumentar su grado de autonomía y garantizar oportunidades equiparables de acceso al desarrollo.

Por lo anterior, el Estado tiene la obligación con esta población en particular, para cumplir con la Ley; a continuación se mencionan varios incisos del Artículo 4 de dichas Obligaciones del Estado:

- i) Incluir en planes, políticas, programas y servicios de sus instituciones, los principios de igualdad de oportunidades y accesibilidad a los servicios que, con base en esta ley,

se presten; así como desarrollar proyectos y acciones diferenciados que tomen en consideración el menor desarrollo relativo de las regiones y comunidades del país.

- j) Garantizar que el entorno, los bienes, los servicios y las instalaciones de atención al público sean accesibles para que las personas los usen y disfruten.
- k) Eliminar las acciones y disposiciones que, directa o indirectamente, promueven la discriminación o impiden a las personas con discapacidad tener acceso a los programas y servicios.
- l) Apoyar a los sectores de la sociedad y a las organizaciones de personas con discapacidad, con el fin de alcanzar la igualdad de oportunidades.
- m) Garantizar el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad de participar en las acciones relacionadas con la elaboración de planes, políticas, programas y servicios en los que estén involucradas.
- n) Divulgar esta ley para promover su cumplimiento.
- o) Garantizar, por medio de las instituciones correspondientes, los servicios de apoyo requeridos por las personas con discapacidad para facilitarles su permanencia en la familia.
- p) Garantizar que las personas con discapacidad agredidas física, emocional o sexualmente, tratadas con negligencia, que no cuenten con una familia o se encuentren en estado de abandono, tengan acceso a los medios que les permitan ejercer su autonomía y desarrollar una vida digna.

Cabe destacar que cada CAIPAD se encuentra regulado por una serie de documentos que norman y orientan su funcionamiento, estos son:

- Ley 7600. Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (1996) y su respectivo Reglamento (1998).
- Ley 8661. Aprobación de la Convención sobre los Derechos.
- Plan de Estudios, aprobado por el Consejo Superior de Educación (Sesión 37-2003).
- Decreto N° 33 550- MEP. Reglamento del Otorgamiento de Estímulos a la Iniciativa Privada en Materia de Educación por parte MEP (2007).

- Ley N° 8791. Estimulo Estatal de pago de salarios del personal docente y administrativo de las instituciones privadas de enseñanza (2010).

Además una vez que se suscribe el respectivo convenio de estímulo Estatal de pago de salarios del personal docente y administrativo de las instituciones privadas de enseñanza según la Ley 8791, mencionada anteriormente por medio de la figura del representante legal, la Junta Directiva adquiere una serie de responsabilidades ente el MEP, según el MEP (2001) son:

- Utilizar el estímulo recibido en el desarrollo de las actividades y con las finalidades propuestas en la solicitud de otorgamiento del mismo y velar por el mantenimiento de las condiciones pactadas en el respectivo convenio.
- Someterse al régimen de fiscalización de la debida utilización y administración del estímulo otorgado por parte del MEP y la Contraloría General de la República.
- Mantener comunicación constante con las instancias del MEP-DECDOP-responsable de las acciones de seguimiento.
- Informar y documentar ante el DECDOP todo cambio en la conformación de la Junta Directiva de la asociación o fundación.
- Coordinar los aspectos de índole administrativos con la figura de Director del centro (docente a cargo) sin perjuicio de los aspectos técnicos y metodológicos propios accionar del Equipo Base nombrado por el MEP.
- Mantener una comunicación asertiva con el Equipo Base del CAIPAD, por medio de la figura del Director (docente con recargo) del mismo.
- Conocer y firmar el Informe Cuatrimestral elaborado por el Equipo Base del CAIPAD respetando el criterio técnico de los profesionales, para su respectiva entrega ante la instancia que corresponda y en el tiempo establecido.
- Garantizar condiciones óptimas para la atención de los usuarios (accesibilidad y estado de la planta física, dotación de recursos materiales suficientes y de calidad entre otros).

Aparte del papel del Estado, se incluye la participación primordial para lograr el cumplimiento de las leyes, de actores como la comunidad, gobiernos locales, la familia y organizaciones con personas con discapacidad.

A continuación se exponen algunos artículos de la Ley 7600 (1996) correspondientes a este enunciado:

Dentro del Marco Legal Internacional que ampara a las personas con discapacidad, según el Compendio de Legislación sobre Discapacidad, Marco Internacional, Interamericano y de América Latina (2010), mencionamos los siguientes:

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008).
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999).
- Carta de las Naciones Unidas (1945).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) A/RES/2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) A/RES/2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (1993) Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo período de sesiones, mediante resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.
- Principios para la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Organización de las Naciones Unidas (1991) Adopción: Asamblea General de la ONU Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.

- Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, Organización de las Naciones Unidas (1982) Década de las Naciones Unidas para las Personas con discapacidad: 1983-1992

#### E. Objetivos de los CAIPAD

##### Objetivo General:

Ofrecer a las personas con discapacidad, mayores de 21 años que requieren de apoyos prolongados o permanentes, una alternativa de dedicación personal, social, ocupacional y/o productiva, que les permita potenciar su desarrollo integral, su autonomía personal y mejores condiciones de vida presente y futura para ellos y para sus familias.

##### Objetivos Específicos:

- Brindar a las personas adultas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados o permanentes y a sus familias, una atención integral que les permita gozar de una mejor calidad de vida.
- Promover la construcción del plan de vida de las personas usuarias acorde a sus necesidades y expectativas.
- Facilitar los apoyos naturales y comunitarios que les permita a las personas usuarias ejercer roles valorados y reconocidos socialmente.
- Promover que la organización cuente con una estructura técnico administrativa que permita articular esfuerzos a nivel interno y externo que responda a los requerimientos para el desarrollo del servicio CAIPAD.
- Fortalecer el clima y una cultura organizacional, donde cada colaborador y colaboradora del servicio CAIPAD sea valorado por sus aportes.

## F. Diagnóstico FODA

### 1. Matriz de Análisis FODA de los CAIPAD “Talita Cumi-Naranjo, El Sol Brilla para Todos-San Ramón y ACEFOPAVAS-Heredia

Cuadro N° 9

#### Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena comunicación entre docentes.</li> <li>• Adecuada infraestructura en los centros de Naranjo y Heredia (Ley 7600).</li> <li>• Disponibilidad de busetas para el traslado de usuarios a la salida, Heredia y San Ramón.</li> <li>• Presencia del equipo base completo en Naranjo.</li> <li>• Buena relación entre usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala comunicación y falta de trabajo en equipo entre la Asociación y Educadores.</li> <li>• No hay comunicación entre asociación y educadores con los usuarios para escuchar sus propuestas.</li> <li>• Inadecuada infraestructura en el CAIPAD de San Ramón.</li> <li>• No hay un objetivo, misión y visión como CAIPAD.</li> <li>• Falta de proyectos dirigidos al abordaje de temas en salud, promoción de la salud y personas adultas con discapacidad. Como violencia actividad física, nutrición</li> <li>• Ausencia del equipo base completo San Ramón y Naranjo.</li> </ul>
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo económico por parte de organizaciones nacionales e internacionales.</li> <li>• Capacitación a docentes por parte del CNREE, INA y UNA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las instalaciones son prestadas San Ramón y Heredia.</li> <li>• Falta de compromiso en la participación de los padres.</li> <li>• Ausencia de empleo para las personas con discapacidad</li> <li>• Discriminación por parte de la población.</li> <li>• No hay un trabajo interinstitucional con organizaciones y CAIPAD</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de comunicación entre CAIPAD</li> <li>• Inadecuado rectoría por parte de las instituciones estatales a cargo de los centros como los son MEP y CNREE</li> <li>• El involucramiento entre los CAIPAD con la comunidad es mínimo.</li> <li>• Inadecuado análisis o total ausencia de la situación de los usuarios de forma integral</li> <li>• Ausencia de Leyes específicas que amparen a los Centros.</li> </ul>
--	---

## 2. Deconstrucción del Análisis FODA

Para el presente análisis se van exponer los resultados obtenidos en la investigación, específicamente sobre los factores externos e internos que inciden en la promoción de la salud de los CAIPAD.

Como resultado de los factores externos se obtuvo:

Las oportunidades son los factores externos positivos que tiene una organización; según el análisis realizado tres los centros presentan las siguientes:

- Colaboración económica y capacitación por parte de organizaciones nacionales e internacionales a algunos centros, como lo son JPS, JICA, CNREE e IMAS, Municipalidades e industria privada; dichos organismos colaboran con ayuda económica, la cual es utilizada para compra de materiales, pago de salarios a profesionales, actividades recreativas entre otras.
- Apoyo en capacitación a docentes por parte del CNREE, INA, universidades públicas y privadas. Es importante mencionar que la construcción de alianzas y la intersectorialidad son fundamentales para el apoyo de organismos que lo requiere

por tanto, la búsqueda de otros organismos puede colaborar más con el surgimiento de la organización.

Las amenazas que presentan los centros según el análisis realizado son:

- Algunos CAIPAD, como en el caso de San Ramón y Heredia, tienen instalaciones prestadas, lo que resulta un factor amenazante para la institución, ya que, por circunstancias externas, pueden tener dificultades y les pueden solicitar desocupar el espacio, además, no tienen la facilidad para realizar modificaciones al lugar y si las hicieran, sería dinero mal invertido, lo pueden perder. Es por ello que es importante que los CAIPAD busquen su crecimiento en un lugar propio, con el fin de ofrecer un ambiente adecuado a los usuarios; en este caso se retoma la importancia de la construcción de alianzas, ya que de ahí el Centro puede obtener recursos con los cuales no contaba.
- Falta de compromiso en la participación de los padres, madres y miembros de familia, pues consideran a los CAIPAD como guarderías; los docentes mencionan que a pesar de la intención de involucrarlos su participación es mínima o siempre son los mismos padres que colaboran.
- Ausencia de empleo para las personas con discapacidad; hay que retomar que uno de los objetivos de los centros es incorporar a sus usuarios a fuentes de empleo. Pero de los tres CAIPAD en análisis, sólo dos han podido integrar a usuarios al campo laboral y uno de ellos ya no está trabajando.
- Víctimas de discriminación, de violencia sexual y verbal; una de las usuarias expresó que recibía insultos por parte de miembros de la población. Y en dos de los Centros, según datos brindados por las educadoras, se han presentado casos de violencia sexual y violencia verbal por parte de familiares de los usuarios. Es importante abordar las temáticas de violencia dirigida a los usuarios, ya que pueden existir casos que pueden estar pasando desapercibidos.
- Inadecuada rectoría por parte de las instituciones estatales a cargo de los centros como los son MEP y CNREE. Esta es una de las principales problemáticas que

amenaza a los CAIPAD, debido a que se desprenden diferentes situaciones como los son: ausencia de un plan de trabajo definido a seguir por el educador, ya que el MEP les entrega un documento el cual les sirve de guía pero no les especifica el rumbo adecuado a seguir y además las Juntas Directivas no permite el trabajo de los educadores en su campo profesional, ya que no les permiten realizar las actividades que ellos consideren apropiadas para los usuarios, y estos no cuentan con el adecuado respaldo de su jefe inmediato el cual es el MEP, ya que elevan la queja a este y no ven respuesta alguna.

Otro organismo que debería de ejercer rectoría sobre los CAIPAD es el CNREE, ya que es la institución que está a cargo de velar por las personas con discapacidad del país. Actualmente, representantes de dicha institución, realizan capacitaciones y han generado documentos bastante interesantes, pero se necesita un acompañamiento más a fondo y participativo en dichos Centros.

- En los CAIPAD no se realiza involucramiento con las comunidades, las actividades que se realizan son mínimas.
- No hay trabajo en conjunto con los CAIPAD, las alianzas entre los mismos pueden impulsar a exigir derechos, al intercambio de conocimientos e ideas, al apoyo e interacción entre usuarios y entre otros factores positivos.
- Ausencia de Leyes específicas que los amparen, ya que las que los protegen no están dirigidas específicamente a ellos, tales como: Constitución Política de Costa Rica, Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad y respectivo reglamento, Ley 8661 Aprobación de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Plan de Estudios, aprobado por el Consejo Superior de Educación (Sesión 37-2003), Decreto N° 33550-MEP, Reglamento de Otorgamiento de Estímulo a la iniciativa Privada en Materia de Educación por parte del Ministerio de Educación Pública (2007) y Ley N° 8791 Estimulo Estatal de pago de salarios de personal docentes y administrativo de las instituciones privadas de enseñanza (2010) (Ministerio de Educación Pública, 2000).

- Inadecuado análisis o total ausencia de la situación de los usuarios de forma integral (entorno familiar, vivienda comunidad y servicios de salud). Esto se debe a que no hay un control pertinentes sobre el análisis específico, ni seguimiento del medio en que se desarrollan los usuarios, ni tampoco acerca de ellos mismos. Un análisis de contexto desde los DSS puede beneficiar a conocer las principales problemáticas que afectan a los usuarios y a la institución.

Las fortalezas son aquellos elementos que están bajo el control de la organización y mantienen un alto nivel de desempeño, generando ventajas o beneficios presentes y claro, con posibilidades atractivas en el futuro (Ramírez, 2009). Entre ellas podemos encontrar en el Centro:

- Buena comunicación entre docentes y entre los usuarios, lo cual genera adecuados ambientes de trabajo.
- Adecuada infraestructura en los centros de Naranjo y Heredia; éstos cuentan con los requerimientos estipulados por la Ley 7600, poseen rampas con las medidas adecuadas, sanitarios acordes, puertas con las medidas indicadas, lavatorios a la medida entre otros requerimientos.
- Además, los centros de Heredia y San Ramón disponen del servicio de microbús para el traslado de usuarios a la salida de las actividades diarias en el CAIPAD; este es un factor positivo, ya que en el caso de Heredia la carretera en que se encuentra el centro es muy transitada y en el caso de San Ramón los buses pasan cada hora. También puede significar un factor de riesgo y limitante para los usuarios la ausencia del servicio de microbús.
- El Centro de Naranjo cuenta con la presencia del equipo base, completo. Tiene profesionales en educación especial, educación técnica-profesional, terapia física, terapia ocupacional y trabajo social. Esto permite a los educadores brindar una atención de calidad y un abordaje integral a los usuarios mediante el desarrollo de un trabajo de equipo y la implementación adecuada del respectivo Plan de Estudios (Ministerio de Educación Pública, 2000).

Las debilidades son aquellas circunstancias en que la organización tiene bajos niveles de desempeño y por tanto es vulnerable (Ramírez, 2009). Se concluyó que las debilidades que tiene el Centro son:

- Mala comunicación y ausencia de trabajo en equipo, entre grupos de la organización, en este caso, la asociación y educadores.
- Falta de comunicación entre asociación y educadores con los usuarios; éstos no pueden expresar las actividades que les gusta realizar. Se considera fundamental la participación de los usuarios, ya que el fin del CAIPAD y las actividades que se realizan es para el bienestar de los mismos.
- El CAIPAD de San Ramón presenta una inadecuada infraestructura, ya que no poseen los requerimientos acordes con la Ley 7600, ni el espacio adecuado. Los usuarios y las educadoras logran realizar las actividades según el recurso que poseen, pero este es un factor negativo que puede dificultar el aprendizaje. Actualmente se está gestionando para que la Municipalidad de San Ramón les brinde un espacio adecuado y propio.
- Ausencia de un objetivo, misión y visión definida; en un solo Centro se encontró diferentes objetivos por grupo, por ejemplo los educadores y la asociación poseen visión, misión y objetivos diferentes y por otro lado el Ministerio de Educación les provee unos distintos. Estos tres factores le ayudan al Centro a describir la razón de ser de la organización, establecer su “quehacer” institucional, los bienes y servicios que entrega, las funciones principales que la distinguen y la hacen diferente de otras instituciones y justifican su existencia. Además, corresponde al futuro deseado de la organización. Cómo quiere ser reconocida, representa los valores con los cuales se fundamentará su accionar público (CEPAL, 2009). Por lo tanto, la definición y el acuerdo de estos tres conceptos (misión, visión y objetivos) se convierten en un pilar para el organismo, con el fin de alcanzar lo deseado.
- Equipo base incompleto en el CAIPAD de Heredia, ya que sólo posee un educador con especialidad en artes industriales, el cual tiene cargo de dirección; para este año

lograron contratar a una profesional en educación especial, pagado por la junta directiva. La Asociación ACEFOPAVAS ha solicitado el nombramiento al MEP, pero lo que ellos responden es que no hay dinero. En el CAIPAD reconoce la importancia de un grupo interdisciplinario, pero no tienen el recurso necesario para contratarlo.

- La ausencia del abordaje de temas en salud, promoción de la salud y la falta de proyectos dirigidos a personas adultas con discapacidad, se convierte en una debilidad presente y expresada por los usuarios y educadores de los CAIPAD. Ya que ningún Centro hace un abordaje en temáticas como: educación sexual, alimentación saludable, ejercicio físico entre otros temas. Es importante resaltar que los CAIPAD atienden a personas que puede desarrollar factores negativos con mayor facilidad por su condición de discapacidad y que algunos de los usuarios están muy cercanos a ser adultos mayor.

### 3. Retos

- Comunicación directa y constante entre equipo base y Junta Directiva.
- Capacitaciones y asesorías para el personal del equipo base.
- Readecuar el plan de estudios basados en las necesidades de los usuarios del CAIPAD.
- Adaptación de la infraestructura.
- Poseer conocimiento en temas de prevención y promoción de la salud y profesionales familia, usuarios y su importancia.
- Apoyo del Ministerio de Educación Pública.
- Mejorar el apoyo económico por parte de instituciones del Estado.
- Que cada CAIPAD tenga su equipo base completo.
- Ampliar los proyectos para que sirvan de puente a la inserción laboral.
- Aumentar el abordaje en educación especial y de adultos con discapacidad.

#### 4. Misión, Visión y Valores de los CAIPAD

##### a) Misión

Brindar un servicio para personas con discapacidad, mayores de 21 años, que requieren de apoyos prolongados o permanentes; se ofrecen procesos de alfabetización, participación social, ocupacional y laboral, que les permitan potenciar su desarrollo integral, su autonomía personal y mejores condiciones de vida, por medio de un equipo de trabajo comprometido y capacitado en derechos humanos”.

##### b) Visión

“Ser un programa con cobertura nacional que estará organizado para facilitar una serie de apoyos que les permita a las personas con discapacidad, que requieren de apoyos prolongados y permanentes, desarrollar su proyecto de vida; contará con el financiamiento y asistencia técnica de las instituciones del Estado que tienen competencias según lo señalado por la normativa”.

##### c) Valores

Liderazgo: Trabajar de manera eficaz y eficiente en el logro de la metas y objetivos.

Trabajo en equipo: Unir esfuerzos y cosechar logros.

Respeto: Valorar los intereses y necesidades de las demás personas.

Calidad: Fomentar una actitud positiva de servicio para dar excelencia.

Inclusión: Ofrecer respuesta oportuna a la diversidad de la población que se atiende, comprendiendo, escuchando y reconociendo sus necesidades, intereses, características y potencialidades.

#### G. Acciones Estratégicas

Las acciones estratégicas a seguir, son meramente estrategias en el marco de la promoción de la salud; están dirigidas al mejoramiento de la salud de las personas adultas con discapacidad.

Las estrategias en promoción de la salud con las cual se va trabajar son dos, una dirigida a los usuarios y otra dirigida a la Junta Directiva, educadores y padres de familia:

- Estrategia usuarios de los CAIPAD en Educación para la Salud:

Educación para la Salud: son los espacios que se le debe brindar a la población, para ofrecerles los conocimientos y ayudarles a desarrollar habilidades necesarias para que puedan corregir prácticas negativas en salud.

En este caso, lo que se busca es darles a los usuarios de los CAIPAD la información adecuada a sus capacidades y necesidades para que se empoderen de su salud y tengan las herramientas para decidir sobre la misma. Específicamente, se quiere abordar las temáticas en relación a violencia, educación sexual, actividad física, alimentación saludable y salud comunitaria. Se escogen estas temáticas debido a lo encontrado en el diagnóstico previo.

- Estrategia Junta Directiva, educadores y padres de familia en la temática deconstrucción de alianzas:

La Organización Mundial de la Salud define: “Una alianza para la promoción de la salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud decididos conjuntamente” (OMS, 1998, p. 15). Es por ello que resulta fundamental tratar el tema de construcción de alianzas, ya que se necesita que los CAIPAD construyan alianzas porque es una organización la cual tiene muchas carencias, pero su funcionamiento es fundamental para muchas personas con discapacidad, sus familias y la sociedad.

Es por ello que se necesita un trabajo en conjunto y los más idóneos para generar estos procesos son las personas inmediatas que pueden luchar para mejorar un cambio, estos son los educadores, padres y Junta Directiva.

Se requiere entonces generar varias alianzas:

- Interna entre las personas que dirigen los Centros.

- Entre organizaciones claves que puede colaborar al funcionamiento del Centro como: las universidades, instituciones estatales y no estatales, industria, comunidades y entre otras.
- Y entre los CAIPAD, ya que todos están por el mismo fin y es fundamental que trabajen en conjunto.

#### H. Proceso de seguimiento, control y evaluación

Para el desarrollo de este programa se quiere llevar a cabo un seguimiento, control y evaluación constante, para conocer si el impacto es el esperado o si debe realizar algún ajuste durante o después de proceso.

El proceso de seguimiento y control se debe realizar durante toda la etapa de ejecución, con el fin que se puede detectar si las actividades que se están llevando a cabo son acordes al fin del proyecto; esto permite que se dé la oportunidad de mejorar y tener resultados favorables.

## PROGRAMA

### A. Nombre del programa

“Una nueva perspectiva desde la promoción de la salud para el funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”

### B. Antecedentes

El presente programa constituye una estrategia innovadora de promoción de la salud, dirigida a mejorar el funcionamiento de los CAIPAD, utilizando las herramientas de educación para la salud y construcción de alianzas según las necesidades de cada CAIPAD. La estrategia surgió del análisis de los determinantes sociales de la salud y del análisis FODA, realizado a los CAIPAD: Talita Cumi, El Sol Brilla para Todo y ACEFOPAS, siempre llevando un acompañamiento con usuarios y educadores de cada Centro.

Los centros trabajan bajo la directriz del MEP, instancia que brinda los pasos básicos a seguir sobre lo que es un CAIPAD, así como las políticas que sirven de guía a dichos Centros.

Según el análisis realizado, las principales necesidades resultan partir de las siguientes debilidades:

Mala comunicación y falta de trabajo en equipo entre la asociación y educadores; no hay comunicación entre asociación y educadores con los usuarios para escuchar sus propuestas. Inadecuada infraestructura en el CAIPAD de San Ramón; no hay un objetivo, misión y visión como CAIPAD; ausencia del abordaje de temas en salud, promoción de la salud y personas adultas con discapacidad, ausencia del equipo base completo en San Ramón y Naranjo; las instalaciones son prestadas en San Ramón y Heredia; falta de compromiso en

la participación de los padres; desempleo de las personas con discapacidad; discriminación por parte de la población y violencia sexual y verbal; no hay un trabajo interinstitucional con organizaciones y CAIPAD; falta de comunicación entre los CAIPAD; inadecuada rectoría por parte de las instituciones estatales a cargo de los centros como los son: MEP y CNREE; el involucramiento entre los CAIPAD con la comunidad es mínimo; inadecuado análisis o la total ausencia de la situación de los usuarios de forma integral y, ausencia de leyes específicas que amparen a los centros.

Es por ello que se considera necesario un abordaje participativo en el marco de la promoción de la salud, con el fin de mejorar las debilidades y amenazas que afectan al funcionamiento de los CAIPAD y por ende el mejoramiento de la salud de las personas adultas con discapacidad.

Es importante mencionar que dicha estrategia es nueva, ya que no existe un abordaje desde promoción de la salud que aporte al mejoramiento del funcionamiento de los CAIPAD.

### C. Objetivos

#### Objetivo general

Desarrollar estrategias de promoción de la salud en los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad, que beneficien el funcionamiento de los Centros.

#### Objetivos específicos

- Capacitar al personal administrativo de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad sobre la importancia de la promoción de la salud en los Centros.
- Ejecutar los proyectos en promoción de la salud para los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad.

- Realizar una guía de seguimiento para el planteamiento de programas en promoción de la salud.

#### D. Proyectos planteados

Para el desarrollo del programa propuesto: “Una nueva perspectiva desde la promoción de la salud para el funcionamiento de los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad”, se plantearon los siguientes proyectos, como posibles a ser desarrollados:

- Educación para la salud: “La educación para la salud una herramienta para la empoderamiento de la salud en los CAIPAD”
- Construcción de alianzas: “Construyamos alianzas por nuestro CAIPAD”

En el cuadro que sigue, se realiza una síntesis de ambos proyectos a modo de guía para trabajos de planificación ulteriores en Promoción de la Salud. Como se observa en el cuadro para cada proyecto se identifica su objetivo, la estrategia para lograrlo, así como las metas y los recursos necesarios para su posible implementación. En la parte de responsabilidades se señalan los Promotores de Salud, como constructores del plan y equipo base y Junta Directivas.

Cuadro N°10

Proyectos del Programa:

“Una nueva perspectiva desde la promoción de la salud para el funcionamiento de los CAIPAD”

Proyecto	Objetivo general	Objetivos específicos	Metas	Recursos	Responsables
Educación para la salud: “La educación para la salud una herramienta para la empoderamiento	• Implementar estrategias de educación para la salud que aborden temas de violencia, actividad física,	• Ejecutar las acciones participativas para el abordaje de temáticas de forma de violencia,	• Involucrar al 100% de la población de los tres CAIPAD en análisis.	• Recurso material • Recurso humano • Recurso económico	• Promotores de la Salud. • Equipo base • Junta Directiva

de la salud en los CAIPAD”	educación sexual, alimentación saludable y salud comunitaria, dirigida a los usuarios de los CAIPAD Talita Cumi, El Sol Brilla para Todos y ACEFOPAVAS.	educación sexual, actividad física alimentación saludable y salud comunitaria. • Crear una guía de trabajo con los usuarios de los CAIPAD Talita Cumi, El Sol Brilla para Todos y ACEFOPAVAS, de la importancia de aborde las temáticas de violencia, educación sexual, alimentación saludable y salud comunitaria, para que la misma sea utilizada en otros Centro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la salud de las personas meta.</li> <li>• Empoderar a la población por medio de la participación.</li> <li>• Que la guía tenga reconocimiento nacional.</li> <li>• Replicar la estrategia en los demás CAIPAD del país.</li> <li>• Buscar financiamiento para próximos proyectos</li> </ul>	• Recurso interinstitucional	
Construcción de alianzas: “Construyamos alianzas por nuestro CAIPAD”	• Desarrollar una estrategia en construcción de alianzas como herramienta para generar mejores oportunidades en los CAIPAD, dirigida a los padres de familia, educadores y	• Capacitar a los padres de familia, educadores y junta directiva para la implementación de la construcción de alianzas internas y externas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Involucrar al 100% de la población de los tres CAIPAD en análisis.</li> <li>• Mejorar la salud de las personas meta.</li> <li>• Empoderar a la población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso material</li> <li>• Recurso humano</li> <li>• Recurso económico</li> <li>• Recurso interinstitucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotores de la Salud.</li> <li>• Equipo base</li> <li>• Junta Directiva</li> </ul>

	<p>junta directiva de los centros Talita Cumi, El Sol Brilla para Todos y ACEFOPAVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar los primeros espacios de construcción de alianzas en el CAIPAD, entre los CAIPAD y entre organizaciones externas</li> </ul>	<p>por medio de la participación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que la guía tenga reconocimiento nacional.</li> <li>• Replicar la estrategia en los demás CAIPAD del país.</li> <li>• Buscar financiamiento para próximos proyectos.</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--

Fuente: Creación propia.