

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROPUESTA DE POLÍTICA LOCAL PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE
A PARTIR DEL ESTILO DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 40 AÑOS DEL
CANTÓN DE CURRIDABAT EN EL 2024

Trabajo final de investigación aplicada sometida a consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para optar por el grado y título de la Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud

ERICKA CAROLINA MURILLO RODRIGUEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2024

DEDICATORIA

A Dios, de quién viene todo.

A mi familia y amigos a quienes amo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todo.

A la comunidad de Curridabat participante.

A la Municipalidad de Curridabat, en especial al M.Sc. Eduardo Méndez, del departamento de Responsabilidad Social.

A Carolina Santamaría, PhD; por la guía, el compromiso y la paciencia.

A Daniela Fonseca, M.Sc. y Jaime Fernández, M.Sc. por el apoyo y asesoría.

A mi familia en especial, por el soporte para lograr concluir este paso.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
LISTA DE TABLAS.....	xi
LISTA DE FIGURAS.....	xii
LISTA DE CUADROS.....	xiii
LISTADO DE ABREVIATURAS.....	xiv
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Antecedentes.....	3
1.1.1. A nivel internacional.....	3
1.1.2. A nivel nacional.....	7
1.2. Contextualización.....	12
1.2.1. Municipalidad de Curridabat.....	14
1.3. Planteamiento del problema de investigación.....	18
1.4. Justificación e importancia del problema.....	19
1.5. Objetivos.....	24

1.5.1. Objetivo general	24
1.5.2. Objetivos específicos.....	24
1.6. Alcances del estudio.....	24
CAPÍTULO II: REFERENTE TEÓRICO.....	26
2.1. Política pública	26
2.2. Modelo de Promoción de la Salud	31
2.3. Estilo de vida saludable en el envejecimiento.....	34
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	37
3.1. Paradigma, enfoque y método de investigación.....	37
3.2. Personas participantes en el estudio	38
3.3. Categorías y subcategorías de estudio.....	40
3.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	48
3.4.1. Instrumentos.....	48
3.4.2. Técnicas	49
3.5. Tratamiento de la información	53
3.5.1. Sistematización de la información.....	53
3.5.2. Análisis de datos	54
3.6. Plan de Garantía Ética.....	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	58
4.1. Características sociodemográficas de la población mayor de 40 años del cantón de Curridabat en el 2024.	58

4.2. Conductas saludables y de riesgo a partir del estilo de vida de la población mayor de 40 años del cantón de Curridabat en el 2024.....	60
4.3. Desarrollo de Componentes de la Política Local de Envejecimiento Saludable ..	72
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	73
LIMITACIONES	80
CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE POLITICA PUBLICA	81
6.1. Marco legal de la Política Local para el Envejecimiento Saludable de Curridabat 2025-2030.....	81
6.2. Enfoques y principios de la Política Local para el Envejecimiento Saludable de Curridabat 2025-2030	86
6.3. Visualización de actores de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030	89
6.4. Ejes, lineamientos, objetivos, indicadores, acciones y metas de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030	91
6.5. Modelo de gestión de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030	95
6.6. Modelo de Evaluación, Seguimiento y Rendición de Cuentas (ESR) de la Política Local para el Envejecimiento Saludable 2025-2030.....	97
6.7. Plan de Acción de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030.....	99
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	116
CONCLUSIONES.....	116
RECOMENDACIONES	119

REFERENCIAS.....	122
ANEXOS	140
Anexo I. Cuestionario de datos sociodemográficos	140
Anexo II. Cuestionario de Estilos de Vida II	141
Anexo III. Guía de Foro comunal	144
Anexo IV. Consentimiento Informado	146
Anexo V. Guía para Elaboración de la Política Pública según MIDEPLAN	149
Anexo VI. Foros comunales.....	150
Anexo VII. Análisis estadístico.....	152
Anexo VIII. Mapeo de Actores sociales	168
Anexo IX. Diagramación de Propuesta PLES 2025-2030.	171

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud.

PhD. Cindy Calvo Salazar
**Decana o Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado**

PhD. Carolina Santamaría Ulloa
Profesor o Profesora Guía

M.Sc. Daniela Fonseca López
Lector o Lectora

M.Sc. Jaime Fernández Chaves
Lector o Lectora

M.Sc. Eyleen Alfaro Porras
**Director (a) Coordinador (a) / Representante
Programa de Posgrado en Salud Pública**

Licda. Ericka Carolina Murillo Rodríguez
Sustentante

RESUMEN

El estilo de vida es concebido como un comportamiento cotidiano y que permanece en el tiempo, el cual evidencia los patrones individuales de conducta de una persona; además, está determinado por factores sociales, culturales y personales. La etapa previa a la adultez mayor constituye una oportunidad para promover la modificación de hábitos por conductas saludables para el alcance de mayores años con calidad de vida. El objetivo del presente estudio fue diseñar una política local para promover el envejecimiento saludable a partir del estilo de vida de la población de 40 años en adelante para la Municipalidad de Curridabat en el 2024. Se realizó una investigación acción, dentro del paradigma teoría crítica, con 90 personas adultas y adultas mayores, pertenecientes a grupos cautivos del cantón de Curridabat, quienes respondieron una encuesta autoadministrada sobre sus condiciones sociodemográficas y el cuestionario de Perfil del Estilo de Vida Saludable de Pender II (PEPS-II). Además, se realizaron dos foros comunales con la participación de 17 personas para la presentación y discusión de los resultados. Por último, se consolidó la propuesta de política local. Los adultos y adultos mayores mostraron estilo de vida promotor de salud categorizado como bueno, con puntajes menores en actividad física y manejo del estrés. No hubo diferencia estadísticamente significativa por sexo ni distrito de residencia, sin embargo, en cuanto a la variable edad, se evidencia diferencia en la dimensión manejo del estrés. Se definieron los ejes Estilo de Vida, Entorno y Gobernanza a partir de los hallazgos para la elaboración del Plan de Acción de la política. La participación comunitaria en la formulación de políticas públicas locales permite el diagnóstico y la construcción desde el diálogo con las personas que proponen acciones u estrategias para el alcance del envejecimiento saludable desde su medio y realidad colectiva.

ABSTRACT

Lifestyle is conceived as a daily behavior that persists over time, reflecting an individual's patterns of conduct. It is also determined by social, cultural, and personal factors. The period before becoming an older adult is an opportunity to promote the modification of habits towards healthier behaviors, aiming to achieve more years of life with quality. The objective of this study was to design a local policy to promote healthy aging based on the lifestyle of the population aged 40 and over for the Municipality of Curridabat in 2024. Action research was conducted within the critical theory paradigm, involving 90 adults and older adults from captive groups in the Curridabat canton. These participants completed a self-administered survey on their sociodemographic conditions and the Healthy Lifestyle Profile II questionnaire by Pender. Additionally, two community forums were held, with 17 participants, to present and discuss the results. Lastly, the proposal for the local policy was consolidated. Adults and older adults showed a health-promoting lifestyle categorized as moderate, with lower scores in physical activity and stress management. No statistically significant differences were found by sex or district of residence; however, regarding the age variable, a difference was evident in the stress management dimension. The axes of Lifestyle, Environment, and Governance were defined based on the findings for the development of the policy's Action Plan. Community participation in the formulation of local public policies enables diagnosis and construction through dialogue with individuals who propose actions or strategies to achieve healthy aging from their environment and collective reality.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	39
Tabla 2	40
Tabla 3	41
Tabla 4	59
Tabla 5	61
Tabla 6	62
Tabla 7	63
Tabla 8	64
Tabla 9	65
Tabla 10	66
Tabla 11	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	21
Figura 2.....	29
Figura 3.....	30
Figura 4.....	31
Figura 5.....	33
Figura 6.....	36
Figura 7.....	51
Figura 8.....	79
Figura 9.....	86
Figura 10.....	88
Figura 11.....	90
Figura 12.....	92
Figura 13.....	97

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1	81
Cuadro 2	82
Cuadro 3	98
Cuadro 4	99
Cuadro 5	103
Cuadro 6	108

.

LISTADO DE ABREVIATURAS

AGECO	Asociación Gerontológica Costarricense
AVAD	Años de vida perdidos ajustados por discapacidad
AVD	Años Vividos con Discapacidad
AVMP	Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura
CCP	Centro Centroamericano de Población
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CECUDI	Centro de Cuido y Desarrollo Infantil
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
EVISA	Esperanza de Vida Saludable
HiAP	Salud en todas las Políticas, por sus siglas en inglés
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
IIP	Instituto de Investigaciones Psicológicas
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INAMU	Instituto Nacional de la Mujer
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica de Costa Rica
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEM	Política Estratégica Municipal
PEPS-II	Perfil del estilo de vida promotor de la salud II
UNA	Universidad Nacional de Costa Rica
UNED	Universidad Estatal a Distancia
UNIBE	Universidad Iberoamericana

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el término salud y su relación con la política pública ha evolucionado como prioridad investigativa y la realidad de una pandemia viene a dilucidar el impacto en la vida en general de los eventos sanitarios, así como su implicación en lo económico y social (Cueto, 2020). Las políticas sociales, sanitarias y económicas actúan como determinantes estructurales de la salud de las poblaciones.

La interdependencia entre la actividad humana y su entorno inmediato es fundamental para abordar el conocimiento orientado al bienestar de las personas. Dado el frágil equilibrio entre ambos, es crucial una respuesta integrada y multidisciplinar en el estudio de riesgos y la gestión de soluciones intersectoriales, desde la academia hasta su implementación en la sociedad (Hussain, 2020). A nivel mundial, se observa un envejecimiento de la población, lo cual, según Gro Harlem Brundtland, directora de la OMS (2021), es resultado del éxito en políticas públicas. Sin embargo, este logro presenta un desafío significativo para las distintas regiones.

La presente investigación sobre los estilos de vida se enfoca en el conocimiento de las acciones que se deben fortalecer para conseguir una vida saludable en la población del cantón Curridabat, San José, Costa Rica; previo a la etapa de la adultez mayor y así proponer una acción de mejora. La aplicación de la salud en todas las políticas (HiAP, por sus siglas en inglés) es un enfoque que promueve el bienestar de las poblaciones por lo que el resultado del mismo se pretende plasmar en una propuesta de Política Local de Envejecimiento de la Municipalidad de Curridabat

Desde el 2011 se reconoce en la Declaración Política de Río (OMS, 2011) que los gobiernos son responsables de la salud de su población. Además, la carta de Bangkok (2006) expresa la sinergia entre promoción de la salud, determinantes sociales de la salud y los derechos humanos; siendo un instrumento para la salud pública con el fin de analizar la integración de la salud en todos los sectores. Por dicha razón, se pretende en esta propuesta diseñar la política local para promover el envejecimiento saludable a partir del estilo de vida de la población a partir de 40 años en el 2024 para la Municipalidad de Curridabat.

Este documento se desarrolla en diversos apartados iniciando por el contexto, así como los antecedentes del cantón para fundamentar el planteamiento del problema, la justificación y la formulación de los objetivos de la investigación. Además, se aborda el marco teórico de interés que enmarca las teorías, conceptos y modelos para sustentar la propuesta. De la misma, se describe el marco metodológico para el cumplimiento de los objetivos del proyecto; concluyendo los resultados y las conclusiones alcanzadas de la investigación.

Para la construcción de la Política Local de Envejecimiento Social (PLES) se realizó un diagnóstico de estilo de vida y dos foros comunales en grupos de población adulta y adulta mayor. Posteriormente, según la guía de MIDEPLAN se elaboró la propuesta de política para cinco años con el plan de acción.

En los resultados se observó que los adultos y adultos mayores de la población de estudio del cantón presentaron un estilo de vida promotor de la salud categorizado como bueno. No obstante, se identificaron puntajes más bajos en las dimensiones de actividad física y manejo del estrés, aspectos que requieren mayor atención. Al analizar las diferencias por sexo y distrito de residencia, no se hallaron

variaciones estadísticamente significativas. Sin embargo, la variable edad mostró una diferencia relevante en la dimensión de manejo del estrés. A partir de estos hallazgos, se definieron tres ejes fundamentales para la elaboración del Plan de Acción de la PLES: Estilo de Vida, Entorno y Gobernanza, los cuales guiarán las intervenciones en el cantón.

1.1. Antecedentes

1.1.1. A nivel internacional

En España, Maladonado-Briegas et al. (2016), redactan un caso de éxito de su iniciativa sobre el envejecimiento activo en Extremadura, se realizó estudio descriptivo a 137 personas adultas mayores en periodo de jubilación, se evaluó la vida profesional de las y los participantes, así como su biografía. Resultando en general una inteligencia interpersonal desarrollada, seguido por la inteligencia verbal-lingüísticas y, por último, destaca la inteligencia lógico-matemática.

La influencia del factor económico en el estilo de vida fue evaluada en Chile por Barrón et al. (2006). En este estudio, se aplicó una versión adaptada del Cuestionario de Valoración Funcional Multidimensional para medir la calidad de vida de personas adultas mayores no institucionalizadas. La investigación se llevó a cabo con una muestra de 239 participantes, lo que permitió analizar cómo las condiciones económicas impactan en la calidad de vida de esta población.

En el 2020 en este mismo lugar se realiza un estudio exploratorio sobre satisfacción y capacidades financieras de las personas adultas mayores, donde se encontró correlación directa y positiva entre la satisfacción con la vida y la actitud

hacia el endeudamiento austero, así como con la autopercepción de independencia y seguridad en el manejo de las finanzas personales (Navarro-Blanco, et al., 2020).

En Cuba, Baro et al. (2017) plantean acciones educativas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores a través de una investigación descriptiva y longitudinal evaluaron las acciones del círculo de los abuelos, iniciativa cubana, en este caso compuesto por 15 personas. Además, la calidad de vida en el envejecimiento se evaluó en un estudio observacional con una muestra de 121 personas mayores de 60 años, seleccionados de forma aleatoria en un Policlínico cubano (Bravo, et al., 2018).

Una opción que exponen para elevar la calidad de vida de las PAM en Cuba, en el 2020, es la participación en un programa de la Cátedra Universitaria, en dicha investigación descriptiva los no participantes del programa muestran síntomas de depresión, sentimientos de inutilidad, mientras que los inscritos muestran mayor satisfacción al realizar actividades que aman y que en periodo de trabajo no podían.

En México (Enríquez-del Castillo et al., 2022), se realizó una investigación en mujeres adultas mayores para correlacionar la actividad física, composición corporal y calidad de vida a través de las directrices OMS del 2020, realizando un cuestionario IPAQ, la batería Senior Fitness Test y el cuestionario SF36. Además, el Instituto Nacional de Geriátrica (2016) escribe un documento para exponer el envejecimiento saludable en dicho país y sus desafíos a futuro.

Por otro lado, Mesa et al. (2020) diseñan un programa de envejecimiento saludable donde adaptan la atención de servicios de la salud basados en lineamientos y criterios establecidos para asegurar una atención gerontológica adecuada, con una muestra de 223 personas, donde se tuvieron resultados de la

calidad de vida fue más alta en las personas con pareja, no existió correlación con el nivel de escolaridad ni se encontró polifarmacia en los adultos mayores. Y en general se concluye que el mismo fue exitoso al elevar la calidad de vida de las personas participantes.

Finalmente, en Colombia, se describe el estado de salud y perfil biopsicosocial de adultos mayores de entre 75 a 84 años a través de un estudio observacional transversal con una muestra de 50 adultos de las 6 provincias de Santander. Se utilizaron instrumentos para alcanzar los resultados como el Mini Mental State Examination, la Escala de Barthel, El cuestionario de salud de Goldberg GHQ12 y Mini nutricional Assesment (Quintero-Mantilla y Cerquera-Córdoba, 2018).

Respecto al tema de la política local, Aquije et al. (2021) expresa que la participación ciudadana en Latinoamérica está limitada y poco se ejerce control para la gobernanza desde mecanismos ciudadanos para mejorar los procesos sociales, sin embargo, ejemplifica mecanismos como auditorías sociales, consultas ciudadanas y observatorios ciudadanos que pueden ejecutarse para la planificación de políticas locales.

El fomento del sentido de propiedad y responsabilidad se acrecienta con la participación comunitaria (Tsacheva & Zheleva, 2020). Aunque existen argumentos de que estas, pueden acrecentar las desigualdades si la gestión no es adecuada, lo anterior debido a las inequidades existentes incluso en los participantes de los procesos (Stahl, 2014).

Existen casos de estudio, como los presentados por Padilla (1999), O'Brien & Whitaker (2011), Díez et al. (2018), entre otros, en los cuales se aborda una política

pública local desde la investigación comunitaria, ilustrando el análisis compartido de los investigadores académicos con los proveedores comunitarios en la zona, para el abordaje de un tema de interés desde la perspectiva de los locales en la planificación de las intervenciones.

Se han analizado estrategias como el foro comunal, que hace prioritario la participación social en la integración de política pública, destacando la importancia entre la relación del gobierno local y la sociedad civil (Lima, et al. 2011).

En las búsquedas de política cantonal o municipal tenemos ejemplos como Municipio de Cota Cundinamarca (2019-2029) en Colombia, donde han ejecutado un diagnóstico inicial de características sociodemográficas, mesas de consulta con participación de población adulta mayor y posteriormente se construyó una encuesta que se aplicó a grupos específicos de la comunidad, con los resultados se identificaron problemas y acciones por fomentar para la construcción del documento local.

También en la Alcaldía de Medellín, se publicó la Política Pública de Envejecimiento y Vejez Plan Gerontológico 2017-2027, realizada por el equipo municipal que contó con profesionales de antropología, gerontología y salud colectiva. Se destaca en este documento la articulación con las políticas públicas nacionales e internacionales.

En Chile, encontramos el documento de Políticas Comunes de Adulto Mayor 2019-2024 de la Municipalidad de San Antonio, que arranca con la fase diagnóstica realizada con datos secundarios del censo nacional y del Ministerio de Desarrollo Social, seguido por la aplicación de una encuesta de opinión de las

personas mayores de la comuna y tercero, la realización de un FODA e identificación de las áreas prioritarias.

Por su parte en Perú en el 2004 el Ministerio de Salud publica un libro titulado "Políticas saludables para adultos mayores en los municipios", un compendio de iniciativas que pueden ser fuente de inspiración para el trabajo con la población adulta mayor. Éstas y otras obras son parte de la multiplicidad de investigaciones que se realizan para elaborar políticas públicas que incluyen diversidad de metodologías de recolección de información tanto de fuentes primarias como secundarias, sin embargo, existen algunos que no elaboran diagnósticos situacionales y solamente realizan la redacción del documento local.

1.1.2. A nivel nacional

En principio, el tema de envejecimiento se realizó el estudio piloto del proyecto "Determinantes de un envejecimiento sano en Costa Rica"(Laclé et al. 1998) comparando a la población adulta mayor de una comunidad urbana y otra rural, donde resalta la importancia del conocer la extensión y naturaleza de las enfermedades asociadas al envejecimiento y las variaciones culturales y sociales de los grupos. Los resultados sugieren poca variabilidad en la prevalencia de enfermedades, pero sí en sus determinantes como el acceso a los servicios de la salud, visible en enfermedades crónicas no controladas a causa de una posible ausencia de seguimiento médico regular.

Además, en Costa Rica entre el 2004 y el 2006 se realizó la primera ronda del estudio Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES) (2007), el cual es de corte longitudinal. Entre otras conclusiones, las autoras Fernández & Méndez (2007) exponen los resultados de expectativa de vida

diferenciados por sexo, apuntando a que observaron mejores condiciones de calidad de vida en los hombres; mientras que para el caso de las mujeres se presentan características como obesidad, depresión, deterioro cognitivo, limitaciones físicas y autopercepción negativa de su salud.

Además, subrayan la importancia de la actividad física pues quienes practicaban con regularidad presentaban menos prevalencia de enfermedades crónicas. En cuanto a aspectos socioeconómicos los niveles altos educativos y de ingresos fueron correlacionados con mejor salud física (Fernández & Méndez, 2007).

Puga et al. (2007) realizaron un estudio comparativo sobre las redes sociales y de salud en Costa Rica, España e Inglaterra. Los resultados evidenciaron que en Costa Rica predominan modelos de redes familiares con residencia intergeneracional, mientras que en España es más común la independencia de los miembros familiares, y en Inglaterra se observa una convivencia residencial entre familiares. En general, se encontró que la convivencia entre familiares tiene un efecto positivo en la salud, siempre y cuando no sea producto de una necesidad obligada.

Por su parte, Morales (2015) redacta una revisión conceptual del envejecimiento y señala la perspectiva futura ante una población que envejece, analizando la Red de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor de la CCSS y las acciones público-privadas necesarias para responder a la dinámica cambiante. Resalta, además, la necesidad de la valoración integral (médica, psíquica, funcional, social) de salud de la persona en el primer nivel de atención y el trabajo coordinado en red en caso de ser necesario con segundo y tercer nivel de atención.

Los datos de *HelpAge International en el Global AgeWatch Index (2015)* clasifica a Costa Rica en la posición número 28 de 96 países en cuanto a la calidad de vida de la población adulta mayor, posicionándose en términos de esperanza de vida de las personas mayores de 60 años, pero en la dimensión de Capacidad, que mide los niveles de educación y empleo, el país está por debajo de la media en cuanto empleabilidad y nivel educativo de este grupo de edad.

Por su parte, Segura et al. (2019) resalta el estilo de vida de las personas en la región Chorotega y expresa que “longevidad no se relaciona con los genes, sino que se relaciona con la calidad de vida y el ambiente”. Haciendo referencia a las zonas azules que se ubican en Carrillo, Santa Cruz, Nicoya, Hojancha y Nandayure en la provincia de Guanacaste.

El autor Segura (2019) señala que la espiritualidad, tener una vida con propósito y el acompañamiento de la familia, incide en su capacidad de sonreír y en vivir más que el promedio; pero también se menciona el consumo de agua mineralizada, la vida al aire libre y el entorno natural, maravilloso y reconfortante.

Por otro lado, en su investigación, Arias y Gutiérrez (2020), proponen el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y las prácticas saludables como base para el envejecimiento; para ello se realizó una investigación en la Clínica de Tibás bajo un diseño experimental en un solo grupo en dos momentos distintos, pre y post intervención.

En el 2021, el informe de la Encuesta Percepciones sobre las personas mayores en Costa Rica del Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) de la Universidad Nacional, contó con hallazgos en el mayor porcentaje de los participantes: ideas que refuerzan la habilidad de seguir aprendiendo en diferentes

áreas, no ver como sinónimo la vejez con la enfermedad, desacuerdo con el estereotipo de aislamiento social, sin embargo, son percibidos como niños, con mayor fragilidad o vulnerabilidad, además como personas cariñosas y sabias.

En el documento se expresa que el 62,3% de las personas entrevistadas considera que en Costa Rica las personas adultas mayores son poco respetadas, el 56,3% que están poco integradas en los espacios familiares y el 63,5% señala que se encuentran poco integradas en los espacios de toma de decisiones. Acciones que sugieren medidas educativas y políticas para su remediación en la realidad nacional (UNA, 2021).

Marenco & Ovares (2021) presentan un documento dirigido al gobierno local sobre la importancia del abordaje comunitario y en red del envejecimiento, fuera del enfoque hospitalario o de algún tipo de institucionalización sino priorizando la inclusión social y la calidad de vida desde la recreación, vivienda, economía y salud con enfoque de género y derechos humanos.

En trabajos de graduación existen múltiples investigaciones sobre envejecimiento, por ejemplo, Araya et al. (2015) analizaron la política social para la población adulta mayor en Costa Rica donde se destaca la tendencia a la homogenización de la población y el abordaje de las personas como si éstas tuvieran las mismas necesidades e intereses. Asimismo, mencionan como conclusión que la intervención de la población en cuanto a programas, proyectos y políticas se establece cada cuatro años según cada gobierno, por lo que su labor suele ser aislada y no constante. Además, resaltan que la participación es mediada por la institucionalidad y no deriva de la misma sociedad civil.

Por otro lado, en el trabajo realizado por Díaz (2021) se diseñó e implementó un proyecto de preparación a la jubilación para una población específica centrado en el proyecto de vida, un espacio digno de replicar a nivel comunitario. También, Vargas (2021) ejecuta la evaluación de los efectos percibidos de las personas adultas mayores que asisten al Centro de Encuentro ubicado en Hatillo, en el cual enfatiza la importancia de la planificación en la ejecución de los servicios comunitarios y la gestión del recurso económico y humano para el cumplimiento de objetivos.

En el 2022, Fonseca estudió el efecto de un programa intergeneracional entre estudiantes de un centro educativo y adultos mayores en el cantón de San José, donde recomienda la replicación de espacios planificados para el intercambio de experiencias y conocimientos.

En cuanto al tema de política comunitaria en nuestro país, tenemos experiencias de consulta ciudadana para ciertos documentos realizados. En Alajuela, Castro (2022) realizó un proyecto gerontológico para el fomento de la participación y autonomía con la asociación de atención integral de la localidad, utilizando la investigación acción participativa como diseño, efectuando sesiones virtuales de trabajo con los participantes. López y Montero (2023) en su trabajo de investigación analizan la participación ciudadana en la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres en Costa Rica 2019-2030.

Se han realizado propuestas a instituciones públicas municipales donde se menciona la investigación de Badilla & Sandoval (2020), la cual desde el tema de la obesidad en mujeres elaboraron un plan de acción para su abordaje en los cantones de Alajuelita y Escazú. Asimismo, Arias et al. (2018) diseñan una estrategia de

promoción de la salud para estos mismos cantones, basado en un análisis de determinantes estructurales e intermedios de la salud.

Puntualmente, la Municipalidad de Tibás publicó en el año 2020 la “Política cantonal para la atención integral de las personas adultas mayores del cantón de Tibás 2020-2030”, elaborado por una empresa consultora, en la cual se realizaron talleres para la planificación de dos grupos focales en cada distrito, y se contó con personas funcionarias de instituciones vinculadas con población adulta mayor y personas cuidadoras de adultos/as mayores y con ello, se identificaron las conclusiones principales según las categorías del diagnóstico previamente definido.

Recientemente en setiembre del 2024, el cantón de San Carlos publicó la “Política Municipal de la Persona Adulta Mayor” donde resaltan a las personas mayores como expertas en lo relativo a su vida, cuyo enfoque de construcción fue participativo, sin embargo, no se detalla la metodología del proceso.

1.2. Contextualización

En la ley número 63 del 4 de noviembre de 1825 se menciona a Curridabat como un pueblo del distrito de San José, Departamento Oriental. A partir de 1840, con el incremento del cultivo del café en la región, la población de Curridabat inicia un período de auge. En 1862 deja de ser un “pueblo” para ser reconocido como distrito del Cantón Desamparados (Ley N° 22 del 4 de noviembre de 1862) y, por Decreto Ejecutivo número 8 de marzo de 1871, pasa a distrito del Cantón de San José (Municipalidad de Curridabat. 2018).

La migración hacia Curridabat desde la independencia de España, promovida por la importancia creciente que se otorgó al cultivo del café en la región, fue gradual debido al acaparamiento paulatino de tierras por un grupo reducido de familias. En

1929, por el Decreto número 209 de ese año, Curridabat pasa a ser cantón con los distritos de Valle de Curridabat, Granadilla, Sánchez y Tirrases. A partir de 1940 se experimenta en el país, fundamentalmente en el Valle Central, un proceso de urbanización que convierte definitivamente a esta región en una zona bien estructurada de gran desarrollo de actividades económicas y culturales (UNIBE, 2018).

El cantón se fundó el 21 de agosto de 1929 y se divide en 4 distritos: Curridabat, Sánchez, Tirrases, y Granadilla. Tiene una superficie de 15,95 km², con una población de 72 mil habitantes aproximadamente. Lo que resulta de una densidad de 4549 personas por kilómetro cuadrado. Limita con el cantón de Montes de Oca, Desamparados y La Unión (UNIBE, 2018).

Según el Censo del 2011, en este cantón la población es urbana, el 8,2% de la población es mayor a los 65 años, la población femenina representa el 52% del total de las personas, donde el 33,7% de los hogares presentan jefatura femenina y más de 19 mil hogares están compuestos en promedio de 3,3 ocupantes. La tasa de fecundidad entre 2016-2018 confirma una reducción de los nacimientos por mujer del cantón de Curridabat, situación que coincide con la reducción de la tasa de fecundidad nacional. Para el caso del 2017, la tasa global de fecundidad fue de 1,6 (INEC, 2013).

En correspondencia con la tendencia nacional, la Tasa de Natalidad de Curridabat, la cual muestra un leve descenso en el número de nacimientos durante estos años, es de 13,9 por mil habitantes. En el cantón de Curridabat las principales causas de muerte son los tumores, seguidas de las enfermedades del sistema

circulatorio y en tercer lugar las causas externas de morbilidad y mortalidad (UNIBE, 2018).

1.2.1. Municipalidad de Curridabat

La municipalidad, según el Código Municipal (Ley 7794), “es una persona jurídica estatal, con patrimonio propio y personalidad, y capacidad jurídica plena para ejecutar todo tipo de actos y contratos necesarios para cumplir sus fines”. Tiene jurisdicción del cantón con sede en la cabecera de este; la administración está a cargo del gobierno municipal, tiene autonomía política, administrativa y financiera según la Constitución Política (1949).

El gobierno local de Curridabat ha enfocado sus esfuerzos hacia la formulación e implementación de acciones para un nuevo modelo de ciudad (PEM 2018-2022). Las cinco dimensiones de trabajo municipal son: Biodiversidad, Infraestructura, Hábitat, Convivencia y Productividad, se plasman con el fin de trabajar de manera integrada y complementaria.

La misión corresponde a:

Como Gobierno Local somos una organización pública que toma y ejecuta decisiones en representación de los habitantes de Curridabat. Observamos la situación económica, social y ambiental del cantón, planificamos formas de actuar sobre los problemas, las oportunidades que identificamos, ejecutamos acciones y servicios que preservan y mejoran la calidad de vida de las personas que viven, estudian, trabajan y pasan por nuestra comunidad. Para cohesionar y equilibrar la comunidad combinamos gestión administrativa, servicios públicos, iniciativas de desarrollo y diálogo social (Municipalidad de Curridabat, 2022).

Visión del municipio:

Curridabat será una comunidad integrada, con objetivos ambientales, económicos y sociales compartidos por los habitantes, proclive al diálogo a la eficiencia y la solidaridad. La municipalidad habrá orientado a la población hacia el Desarrollo Humano Sostenible, con fidelidad a los valores que rigen su gestión y la realidad mutuamente provechosa con los sectores sociales (Municipalidad de Curridabat, 2022).

El Plan Estratégico Municipal 2018-2022 detalla la estrategia de desarrollo local de la Ciudad Dulce, la cual está centrada en la experiencia del ciudadano en el cantón, construyendo con participación ciudadana un camino para una ciudad inclusiva, innovadora y respetuosa con el ambiente en los diversos procesos del municipio. La Ciudad Dulce es un programa y una visión de un modelo de ciudad que plantea crear condiciones para mejorar la calidad de vida de los habitantes del territorio.

Además, se trabaja en la gestión por resultados recomendado por la OCDE asegurando buenas prácticas en la gestión administrativa local: “El concepto se centra en el desempeño y el logro de productos -bienes o servicios-, mejoras sostenibles, efectos e impacto, cubriendo las etapas de gestión, evaluación, monitoreo del desempeño y rendición de cuentas” (Municipalidad de Curridabat, 2018).

El Plan Operativo (Municipalidad de Curridabat, 2021), se divide en las siguientes áreas estratégicas:

1. Gobernanza local
2. Confianza en el lugar habitado
3. Bienestar mental

4. Acceso a destinos deseados
5. Alimentación consciente,
6. Lombriz de tierra (consiste en recuperar la sanidad y auto regeneración de los suelos)
7. Gota de agua (pretende modificar la infraestructura para mejorar la experiencia y de la biodiversidad en el territorio)

Además, la política local de Curridabat ha incluido diversos temas relacionados a salud como Discapacidad y Accesibilidad en el 2004, valorización y tratamiento de desechos ordinarios en el 2011, declaración Cantón Saludable en el 2012, cantón amigable con personas con enfermedades neurocognitivas y contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género del 2015. Asimismo, se ha incluido como cantón atlético, cantón inclusivo y equidad género en el 2016, así como la prevención de violencia y cultura de paz 2018 y finalmente en el 2020 la Política local de niñez, adolescencia y juventud (Municipalidad de Curridabat, 2022).

El departamento de Responsabilidad Social de la municipalidad se encarga de la formulación y supervisión de las iniciativas municipales en el campo social a través de sus oficinas en los CECUDI, Defensoría Social, Intermediación Laboral y Fomento del Emprendedurismo y sus Oficinas de Bienestar Social y Familia, Género, Juventudes y Salud Integral. Además, es el departamento que vela por las Políticas Públicas Municipales y las Alianzas y Convenios con Instituciones (Municipalidad de Curridabat, 2022).

Desde el año 2019 la Municipalidad forma parte de las Ciudades Amigables con las Personas Mayores. Por tanto, existen ya diversas acciones que responden al tema de Envejecimiento saludable, como son la Red de cuidado, el Centro de

adultos con Enfermedades Neurocognitivas, la casa de Cuidador, el Centro del Respiro, el proyecto de Evaluadores, Amigos de la X, Albergue temporal “El Bosque”. Dentro de las organizaciones municipales se destacan el Centro Municipal de Envejecimiento Activo Këkëpa Wé y los Centros de Desarrollo Humano de cada distrito.

Centro Municipal de Envejecimiento Activo Këkëpa Wé.

El Këkëpa Wé es un inmueble municipal, ubicado en Granadilla norte, dedicado a la realización de procesos formativos y recreativos que promueven un envejecimiento activo para personas a partir de los 40 años. Su objetivo es crear espacios inclusivos que estimulen tanto cognitiva como físicamente a los participantes, además de ofrecer actividades educativas y de socialización que fomenten el ocio y la recreación.

Esta iniciativa brinda a los habitantes de Curridabat una alternativa para conocer y disfrutar la adultez mayor con dignidad, donde a través de sus programas, Këkëpa Wé fomenta las habilidades sociales, cognitivas y físicas de sus usuarios, involucrando también a otros actores de la sociedad para crear conciencia y desarrollar programas que reconocen y dignifican a las personas mayores. Asimismo, se instruye a los cuidadores mediante especialistas, proporcionándoles herramientas para realizar su labor de manera óptima.

Centros de Desarrollo Humano.

Estos centros se enfocan en la persona desde una perspectiva integral e integradora, considerando a cualquier individuo que participe en sus programas, se valoran la dignidad y potencialidades de cada persona, atendiendo tanto a su realidad individual como a la comunitaria. Son 4 centros ubicados en el cantón: La

Cometa en Tirrases, La Casa del Pueblo en Granadilla, El Hogar en el sector de José María Zeledón y El Tiribí en el distrito de Sánchez.

El método de los centros se basa en cuatro ejes de acción que se desarrollan simultáneamente: la toma de conciencia de las exigencias humanas, el desarrollo constante de las potencialidades, el protagonismo libre y responsable, y el ser agente de cambio. Estos ejes están dirigidos a la búsqueda de la felicidad y el desarrollo integral de cada participante.

1.3. Planteamiento del problema de investigación

Costa Rica enfrenta un cambio demográfico, lo cual es un éxito resultante de grandes esfuerzos sociales, económicos y sanitarios, y a la vez, un reto para las comunidades, que hizo posible que en Costa Rica la esperanza de vida supere los 80 años (OMS, 2015). El reto reside en brindar calidad de vida relacionada con el acceso a lo necesario de forma material, pero también en el bienestar individual y social.

El envejecimiento de la población se ha asociado al incremento de políticas públicas en materia de salud, seguridad social y cuidado, lo que ha prolongado el ciclo de la vida y, por tanto, un incremento de la población adulta mayor (Peláez, et al., 2017). Según el informe del INEC-CCP (2013), la esperanza de vida al nacer (EVN) en Costa Rica es de 80,91 años en promedio. Este promedio se desglosa en 78,45 años para los hombres y 83,38 años para las mujeres. Además, las proyecciones indican que para el período 2045-2050, la EVN alcanzará 81,5 años para los hombres y 86,6 años para las mujeres, reflejando un incremento continuo en la longevidad de la población costarricense. Estos datos destacan los avances

en salud pública y calidad de vida que han contribuido a un envejecimiento más saludable en el país.

Los cambios demográficos según Lloyd-Sherlock et al. (2012) tendrán un impacto para las sociedades, la transición demográfica hacia poblaciones de mayor edad debe prepararse con planes para aprovechar al máximo esta etapa y vivir con calidad los años ganados. El buscar un estilo de vida saludable en la adultez en general conduce a continuar conductas saludables en la adultez mayor y la prevención de enfermedades crónicas o alteraciones de las patologías ya presentes (Greenfield, 2015).

En ese sentido, es necesario responder a la etapa de la adultez mayor con precisión que lo que se ha hecho hasta el momento, de manera que podemos observar ésta como una oportunidad para las personas y la sociedad del cantón de Curridabat. Para ello, es imprescindible partir de la importancia de mantener la capacidad funcional de la población del cantón, con el fin de aumentar los años vividos con salud y facilitar a través de la política cantonal el cuidado de la salud de los habitantes; por lo que los gobiernos locales deben implementar estrategias direccionadas a su realidad propia para fomentar espacios saludables y zonas donde el contexto facilite al individuo optar por conductas promotoras de la salud desde la adultez.

1.4. Justificación e importancia del problema

En Costa Rica, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la proporción de personas mayores de 65 años ha aumentado significativamente en las últimas décadas, lo que refleja tanto el éxito de las políticas de salud pública (Figura 1). Este envejecimiento poblacional implica un incremento

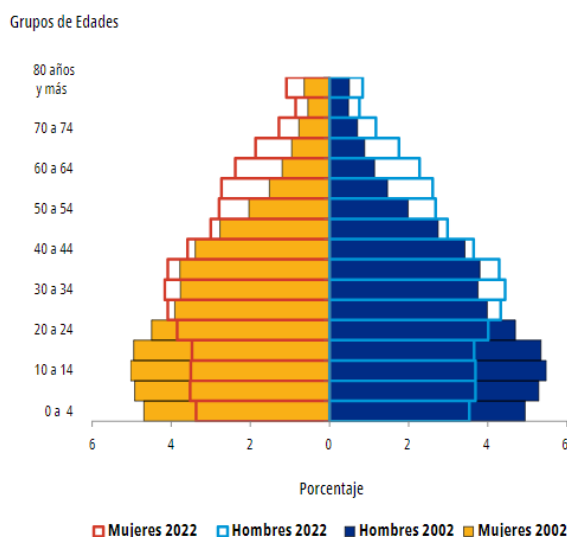
en la demanda de servicios de salud, así como la necesidad de adaptar las infraestructuras y los recursos para responder a las necesidades de una población con mayores enfermedades crónicas y cuidados a largo plazo (INEC, 2021). Sin embargo, es esencial una respuesta integrada y multidisciplinar que incluya políticas públicas nacionales y locales que permitan gestionar estos desafíos de manera efectiva y sostenible.

Actualmente, es pertinente en Costa Rica analizar evidencia, por sectores específicos, que sirva como insumo para mejorar el diseño, la implementación, la ejecución y los efectos de políticas, planes, programas o proyectos del gobierno ante un hecho global en salud como es el envejecimiento poblacional.

La salud es el resultado de múltiples factores, uno de los cuales es la relación entre salud y política. Es decir, existe una conexión entre la morbilidad y mortalidad de las poblaciones y las decisiones tomadas por los políticos, una relación respaldada por abundante evidencia (Gómez et al., 2006). Como lo afirmó Rudolf Virchow (Terris, 1980), la política puede considerarse análoga a la medicina, pero con un impacto mucho más amplio a nivel regional, nacional o local.

Figura 1

Distribución porcentual de la población por sexo y grupo de edad en Costa Rica, 2002 y 2022



Fuente: INEC-CCP. Estimaciones y proyecciones de población 1950 - 2050, noviembre 2013.

Nota: INEC (2022).

En relación con la política en materia de salud, las investigaciones ayudan a mejorar la toma de decisiones, la movilización de apoyo ante propuestas y reconceptualizar los problemas para facilitar su comprensión. La injerencia política en la salud puede llegar a ser una herramienta fuerte para el alcance del bienestar de las personas, pero de la misma forma puede interferir en el alcance de ésta.

Aprender a mirar el proceso del envejecimiento como una oportunidad para preparación a la adultez mayor procurando el aumento de la esperanza de vida saludable de la misma forma que la EVN, no de forma contraria como lo evidencian los datos (Martínez et al., 2021). El aumento de la esperanza de vida y el menor aumento de la esperanza de vida saludable indica que, a pesar de vivir más tiempo, las personas pasan una parte sustancial de su vejez con discapacidades y

enfermedades. Asimismo, en otros países de las Américas y Costa Rica igual, tiene un EVN que difiere de la esperanza de Vida Saludable (EVISA), por lo que es un reto lograr mantenerla y trabajar en ampliarla para alcanzar que los años restantes de la vida sigan siendo con calidad (OMS, 2020).

Ahora, desde la acción local y cercana a las personas se pueden gestar acciones que faciliten un proceso de envejecimiento saludable desde la iniciativa de Ciudades Amigables.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la mayor causa de años de vida perdidos, años de vida ajustados por discapacidad y años de vida perdidos por muerte prematura en América (GBD, 2019). La diabetes mellitus, la hipertensión y enfermedad isquémica del corazón, enfermedad renal y EPOC, por citar algunas que menciona la literatura, están íntimamente ligadas con los estilos de vida de las personas (García et al. 2015) y es por ello que la acción local puede incidir en el bienestar favoreciendo la adopción de estilos de vida más sanos (Vega-Angarita, 2020).

Por otro lado, esta propuesta contribuye con una de funciones esenciales de la salud pública, el marco regulador para proteger la salud pública y para fiscalizar su cumplimiento; al proponer el desarrollo de políticas y la capacidad de las instituciones para gestionar salud (Alfaro-Alfaro, 2014). De la mano de los Objetivo de Desarrollo Sostenible, el alcance de la Salud y bienestar de los pueblos (ODS3), es necesario la implementación de Salud en Todas las políticas (HiAP), lo cual se refiere a un enfoque para la elaboración de políticas que analice de manera sistemática las repercusiones en la salud de las decisiones tomadas en todos los sectores, promoviendo sinergias y previniendo los impactos negativos en la salud

de las políticas ajenas al sector sanitario, con el objetivo de mejorar la salud de la población y fomentar la equidad (CDC, 2023).

Para ello, como mencionan Louise St-Pierre y François-Pierre Gauvin del Centro Nacional Colaborador de Políticas Públicas Saludables: el sector de la salud pública debe desarrollar y compartir conocimientos sobre los vínculos entre las políticas sectoriales y los determinantes de la salud, pero también desarrollar sus capacidades para influir en el proceso político y llevar a cabo diálogos intersectoriales (Rudolp et al., 2013)

Por ello, es importante para lograr el impacto deseado sobre la salud de las poblaciones, sean considerados todos los sectores y niveles de gobernanza ya que la OMS “reconoce la existencia de determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud que extienden sus orígenes más allá del sector salud y de las políticas de salud (Lizano, 2017).

Además, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable. Con el objetivo de reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas: Primero, erradicar el edadismo, segundo, mejorar las capacidades de las personas mayores, tercero, brindar servicios según sus necesidades reales y finalmente, mejorar el acceso a las mismas.

En Costa Rica en el 2023 se oficializó la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023 -2033 creada por el CONAPAM, la cual resalta la importancia de “desarrollar políticas y programas sensibles a las diferencias regionales y cantonales en el proceso de envejecimiento”; así como fortalecer la gobernanza y

el trabajo intersectorial para garantizar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

En este contexto, se propuso trabajar con el gobierno local de Curridabat para gestionar una investigación que tenga como resultado una propuesta de política local que fortalezca la promoción del envejecimiento saludable en el cantón; para ello se formula la siguiente pregunta:

¿Cómo diseñar una propuesta de política local a partir del estilo de vida para promover el envejecimiento saludable desde la Municipalidad de Curridabat, dirigida a la población mayor de 40 años?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de política local para promover el envejecimiento saludable a partir del estilo de vida de la población mayor de 40 años para la Municipalidad de Curridabat en el 2024.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población mayor de 40 años del cantón de Curridabat en el 2024.
2. Identificar conductas saludables y de riesgo a partir del estilo de vida de la población mayor de 40 años del cantón de Curridabat en el 2024.
3. Elaborar los componentes de la propuesta de política local a partir del estilo de vida de la población de estudio en el 2024.

1.6. Alcances del estudio

El presente estudio realiza una investigación aplicada sobre los estilos de vida de las personas del cantón de Curridabat, mayores de 40 años, con el fin de que sus resultados sean el insumo para la construcción de una estrategia de respuesta ante la transición demográfica del país, esto desde el alcance de los gobiernos locales. Por ende, los resultados de la presente investigación permiten vislumbrar una aproximación al fenómeno del envejecimiento poblacional, los cuales podrían ser la base para replicar este ejercicio en otros cantones del país. En esta investigación se utilizan herramientas metodológicas tanto cualitativas como cuantitativas para el levantamiento y análisis de los datos, las cuales, en caso de ser replicados, deberán contextualizarse ante la población de adultos y adultos mayores de los gobiernos locales.

La presente propuesta de política local respeta la guía nacional de elaboración, pero a su vez, se basa en múltiples referencias internacionales sobre el abordaje gerontológico para el fortalecimiento del accionar comunitario integral y cercano. Asimismo, se espera contribuir al proceso de concienciación y sensibilización de los tomadores de decisión para el fomento de la participación de profesionales de salud pública en aras del trabajo por la salud de las personas, ambientes y comunidad gobernada.

CAPÍTULO II: REFERENTE TEÓRICO

A continuación, se desarrollan los conceptos relevantes de la presente investigación, los cuales fueron la base de fundamentación del análisis de datos del presente estudio.

2.1. Política pública

La conceptualización de política pública es una variable dependiente de la actividad política, por lo que se liga a esta definición:

Una política pública existe siempre y cuando instituciones estatales, gubernamentales o públicas (u oficiales) asuman total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos, estimados como deseables o necesarios, por medio de un proceso destinado a cambiar un estado de las cosas percibido como problemático o insatisfactorio (Angel *et al.*, 2020, p. 126).

El autor Vargas (2007) expresa que la política pública se realiza con el fin de solucionar problemas que se determinan prioritarios a través de un conjunto de objetivos, decisiones y acciones. En el proceso de construcción de una política el inicio es la definición de los problemas públicos, definiendo como lo ven los actores para reconstruirlo a través de consultas, reuniones, mesa de diálogo para proceder con técnicas instrumentales que permitan plasmar lo recolectado.

La administración pública tiene mecanismos de uso general que contribuyen a la toma de conciencia de los temas, sin embargo, en caso de emergencia gracias al aviso internacional se puede dar una preparación anticipada, aunque no se puede por ello asegurar el éxito de la política establecida.

El establecimiento de la política incluye establecer metas y objetivos a alcanzar, así como las alternativas para la solución, su diseño permanece en manos

del Gobierno, por consiguiente, la puesta en marcha de las decisiones es la fase continua; y, por último, la evaluación conduce a revisar lo aplicado para dar lugar a nuevas transformaciones, o bien a la continuación de la existente o su conclusión.

Las políticas, como indica Abarca (2002) no son respuestas unívocas a los problemas, son más bien las expresiones finales del cómo abordar situaciones insatisfechas según los intereses, las restricciones y el marco general de acción que rodea tanto a los asesores como a los tomadores de las decisiones. La evidencia indica que las mejoras en salud de la región de las Américas se deben a avance paralelo socioeconómico, fortalecimiento de sistema de salud y compromiso político con la búsqueda de equidad para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal (OPS, 2013).

Ahora, desde hace algunas décadas, las naciones se han comprometido con esta población a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), en el 1982 Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento en Viena, en el 91 Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, un año después se da la Proclamación sobre el Envejecimiento 1992 y en el 2002 la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid.

Años más tarde, se da la primera y segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, 2003 y 2007 respectivamente, Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable (Organización Panamericana de la Salud, 2008), Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe 2012. Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las

Personas Mayores, OEA, en el 2015. En la Asamblea Mundial de Salud 2016 se formuló la Estrategia Mundial: Acción multisectorial para un Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida.

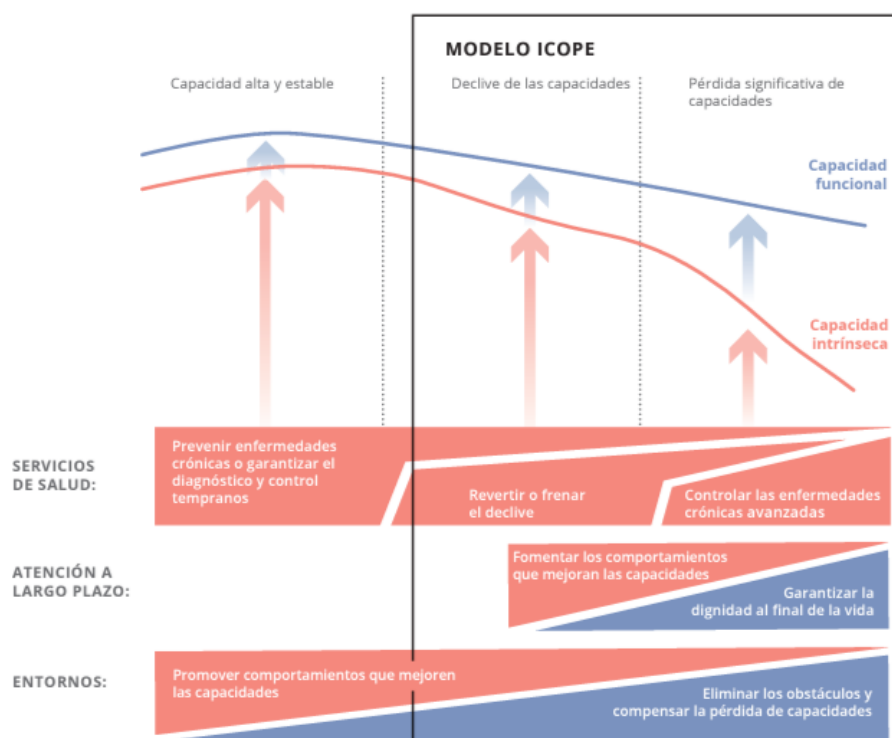
Además, entre el 2020-2030 la OMS, formula la Década del Envejecimiento Saludable, con el fin de lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades, con un objetivo que dice: Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. Este marco legal ayuda a explorar la importancia de elaborar políticas en el tema, los actores involucrados en su desarrollo, el contenido y el contexto.

Existen iniciativas como la ICOPE (atención integrada para las personas mayores, por su sigla en inglés) en donde se centra en la importancia de la capacidad funcional, es decir, que las personas mayores puedan hacer lo que ellas consideren importante, donde la capacidad intrínseca física-mental y el entorno en conjunto se trabajen para el alcance de la mayor capacidad funcional posible.

Como es visible en la Figura 2, el gobierno local puede implementar acciones en el entorno y en la educación hacia las personas donde se trabaje la atención a largo plazo con cuidadores de los adultos mayores. Trabajando en conjunto con los servicios de la salud se pueden derivar los casos para la formación de los cuidadores para la mejora de los comportamientos que aumente las capacidades y se garantice la dignidad durante la vida.

Figura 2

Marco de salud pública para el Envejecimiento Saludable en el curso de la vida



Nota: Fuente OPS/OMS (2020)

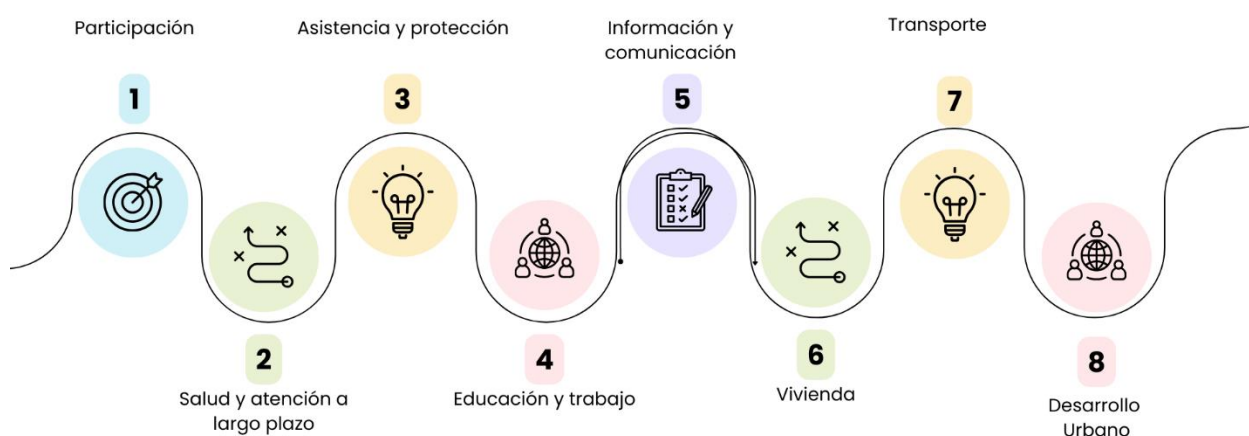
Asimismo, la estrategia Ciudades y Comunidades amigables con las personas mayores y su red, se centra en la posibilidad de generar cambios en el entorno de las personas adultas mayores para asegurar el envejecimiento saludable (OPS, 2007). Aborda puntualmente los temas a saber: a) Espacios al aire libre, b) transporte, c) vivienda, d) respeto e inclusión social, e) participación social, f) comunicación e información, g) trabajo y participación ciudadana y, h) servicios sociales y de salud (Figura 3).

En Costa Rica, aproximadamente 30 municipalidades son parte de la iniciativa Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, incluido el cantón de Curridabat, que inició en el 2019, en coordinación del Ministerio de

Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Asociación Nacional de Alcaldías e Intendencias (ANAI), el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM), la Fundación Yamuni Tabush, la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional (JUPEMA).

Figura 3

Temas abordados en el marco de Ciudades Amigables



Nota: Elaboración propia basado en OMS (2007)

Además, se concretó la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033, y actualmente se presentó adelanto de la versión 2022-2031 para promover los derechos humanos a las 663 mil personas adultas mayores en el territorio costarricense. Lo anterior, se debe traslapar a lo local atendiendo los ejes de acción que se muestran en la Figura 4.

Figura 4

Ejes de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033



Nota: Elaboración propia basado en Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033.

2.2. Modelo de Promoción de la Salud

Para la población adulta el modelo de promoción de la salud (MPS) podría ser la respuesta a los supuestos relacionadas al conocimiento, las conductas y las experiencias que influyen sobre el estado de salud y cómo pueden modificarse positivamente para aumentar el bienestar y llevarlos a un nivel de salud óptimo, con ello desarrollar la autoeficacia de las personas en la relación con su medio (Galán-González & Gascón-Catalán, 2021).

Llegar a vivir la cantidad de años de esperanza de vida del país no es aún sinónimo de que esos años sean con salud, los datos indican que las personas de sexo femenino viven 71 años, mientras el sexo masculino vive 68 años con salud,

principalmente afectados en general en la última década de vida por enfermedades crónicas no transmisibles. Es por ello, que lograr un estilo de vida saludable en la adultez nos direcciona a una mayor salud y mejor esperanza de vida saludable en el país. El 22% de los adultos mayores reportó alguna discapacidad en el CENSO del 2000 (OPS, 2004).

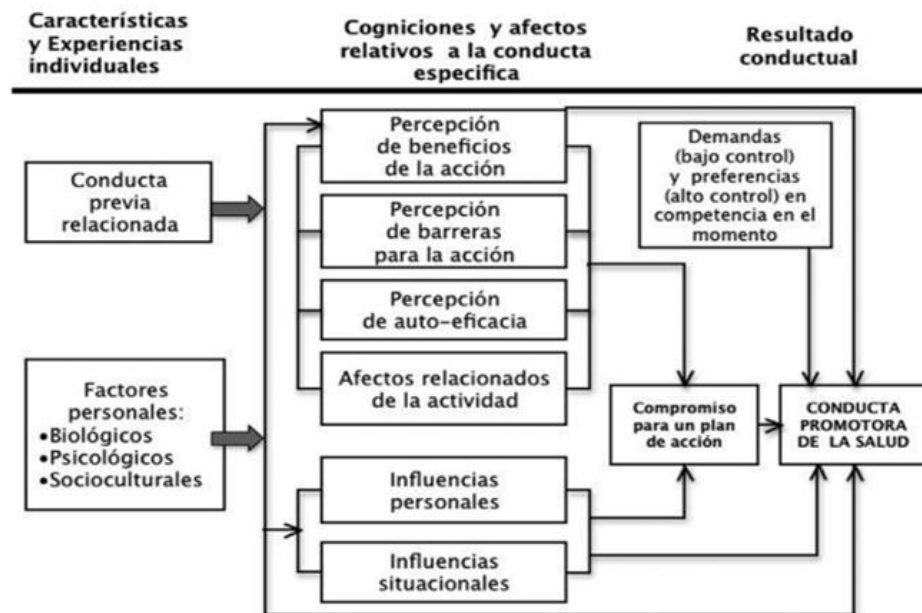
Es relevante la comprensión de lo que modifica la conducta humana, sus motivaciones y actitudes hacia lo que les proveerá salud. La teoría de promoción de la salud se basa en el aprendizaje social de Albert Bandura, donde indica la relevancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo-conductual. Como requisitos se mencionan la atención, la retención, la reproducción y la motivación.

Otro de los sustentos teóricos en esta línea, es el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, donde expresa que la conducta es racional y que el componente clave es la intención, cuando esta es clara, concreta y definida por una meta específica aumentan las probabilidades de lograr el objetivo planteado.

En el modelo PS hay tres fases o divisiones (Figura 5) que inician con la conducta previa que tiene la persona, la cual pasa por la percepción de las barreras que tiene, los beneficios que se ofrece, la autoeficacia y los afectos de la actividad para generar un resultado conductual precedido del compromiso racional (Aristizábal *et al.* 2011). En el marco de la presente investigación, se destaca la importancia de abordarlo en la elaboración de la política local de envejecimiento saludable.

Figura 5

Modelo de promoción de la salud de Pender 1996



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB²¹

Nota: Cid et al., (1996)

Como se observa en este modelo las personas son el centro, son los actores activos en la mejora de la salud y bienestar propio. Se compone por factores individuales, las cuales Pender (1996) postula son basadas en las percepciones propias sobre los beneficios o barreras para el alcance de ciertos comportamientos, donde el conocimiento y la motivación son factores claves. Además, existen factores relacionadas con las interacciones sociales donde estos grupos por actitudes o creencias pueden reforzar o inhibir los comportamientos.

Asimismo, el entorno y el contexto como el acceso a servicios de salud u oportunidades de tipo social; influyen también en las decisiones relacionadas a la salud. Por último, los comportamientos el cual es el objeto central, la promoción de

comportamiento ante la nutrición, actividad física, prevención de enfermedades y el manejo del estrés; por supuesto, alineados a valores personales.

Como síntesis, este marco sugiere que para lograr un comportamiento es fundamental considerar las características personales, sociales y su interrelación con la toma de decisiones buscando la salud desde su promoción.

2.3. Estilo de vida saludable en el envejecimiento

Los estilos de vida saludables, según la OMS (Cerón, 2012), son formas de vida basados en las condiciones de vida en un sentido amplio y patrones individuales de conducta determinados por condiciones personales y socioculturales. En consonancia con este concepto, las conductas saludables o promotoras de salud son aquellas que, por un lado, favorecen la salud o estado de bienestar del individuo y a su vez, reducen los riesgos en salud abuso (Gaete et al., 2016). Estas acciones son las que se deben de fortalecer o modificar para lograr en los adultos de la comunidad un estilo de vida saludable.

De acuerdo con el MPS, hay seis las dimensiones de los estilos de vida o conductas promotoras de salud, a saber: La responsabilidad en salud, la actividad física, la nutrición, el crecimiento espiritual, las relaciones interpersonales y el manejo del estrés (Galán-González & Gascón-Catalán, 2021).

El envejecimiento saludable es uno de los retos más importantes que tendrá el presente siglo, por las profundas consecuencias e implicaciones sociales, éticas, económicas, políticas, culturales, psicológicas, espirituales y de salud en las poblaciones. Actualmente, este debe ser un tema de prioridad en la agenda política.

Este nuevo concepto, fue formulado por la OMS en el 2015 y se refiere al proceso de desarrollar y mantener por tanto tiempo como sea posible la capacidad

funcional para ser y hacer lo que la persona considera valioso en cada etapa de su vida. Es un proceso integral y dinámico que lleva al bienestar a lo largo de la vida.

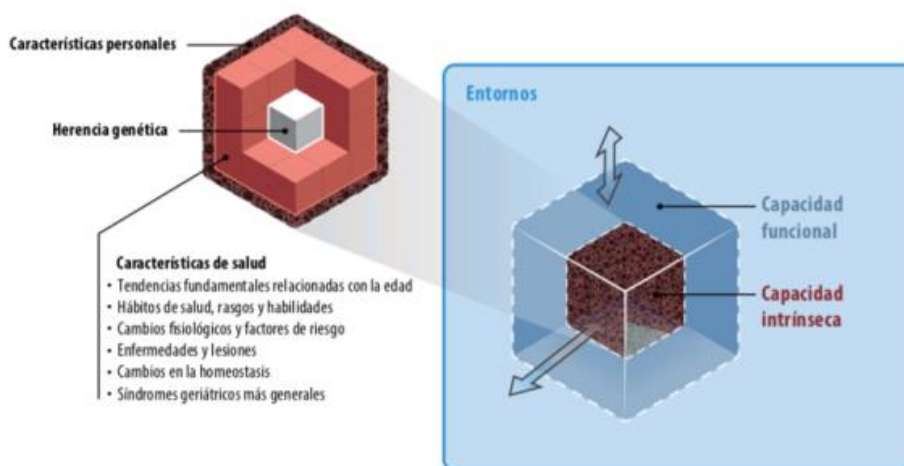
Es fundamental la capacidad intrínseca de la persona, combinación de lo físico y mental, así como factores determinantes del bienestar, como el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y la realización personal. El marco legal y político se centra en la persona en su desarrollo integral para preservar y prolongar sus capacidades reduciendo al mínimo la dependencia.

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos del cuerpo humano, y su conocimiento permite comprender las diferencias entre los adultos mayores. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples, el reconocimiento de cambios “normales” es complicado por la gran variabilidad entre sujetos y la presencia de comorbilidad en dicha edad (Pérez & Sierra, 2009). Un gran desafío es aumentar la esperanza de vida activa y la reducción de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.

En la Figura 6 se pueden observar los múltiples factores además de los históricos que convergen en la persona, así como mecanismos adaptativos en el nivel micro; en el segundo nivel de acción se observa el contexto donde se desenvuelve y la visión macro nacional que traspasa el ciclo de la vida del individuo. Es importante la división que hace el autor entre el antes y el presente de las realidades de la persona que también impactan su forma de envejecer.

Figura 6

Envejecimiento saludable



Nota: Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud (2015)

El estilo de vida de la persona tiene implicancia en los hábitos de la salud a nivel personal tanto anterior como en el presente, así como al contexto y viceversa, así como en las políticas públicas nacionales y locales que afecten la educación, el entorno ambiental, los servicios de la salud y sociales, el nivel económico y demás determinantes de la salud en el macro nivel.

En lo anterior es importante destacar lo que el autor Fernández-Ballesteros ante el Congreso sobre envejecimiento, ya que envejecer con salud no es solo responsabilidad de la persona como individuo, la interacción de éste con su medio tiene un sentido especial. Cuestiones que como se observa en las flechas de la ilustración, se interrelacionan y trabajan de forma dinámica en las realidades personales de los habitantes en este caso del cantón de estudio y su contexto.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

En esta sección se desarrolla la metodología sobre la cual se realizó el proceso de investigación para el alcance de los objetivos previamente establecidos.

3.1. Paradigma, enfoque y método de investigación

El estudio se sitúa en el paradigma teoría crítica, en la cual los autores Fernández y Vela (Ramos 2015) expresan que el investigador genera dos cuestiones a través de este paradigma: deliberación y cambio, lo mismo que decir se basa en la búsqueda de la transformación social a través de la reflexión. Conlleva que el conocimiento tenga una visión dialéctica e integral, con participación y comprometida con la modificación social ante un problema concreto.

Hernández, et al., (2014) indica la consecución de fases cíclicas para obtener el cambio esperado, empezando por la observación, el pensamiento y el actuar; delimitando el problema y recolectando información, segundo mediante la forma de analizar e interpretar y tercero generando la propuesta de mejor para la resolución del problema.

Su alcance pretende ser de tipo descriptivo interpretativo con predominio del enfoque cualitativo, entendiéndose como la descripción del objeto de estudio y sus relaciones en contextos específicos (Castillo, 2019). Asimismo, el autor destaca la interpretación de los hechos y fenómenos, así como, asumir la importancia del sujeto como eje fundamental para el conocimiento.

La presente investigación se enmarca según Yuni & Urbano (2005) en la Investigación-Acción (IA), donde este modelo presenta un mayor compromiso con los cambios sociales, interpreta la realidad para que los propios actores puedan

comprometerse en procesos de cambio. Esta característica la diferencia, ya que la exigencia es un cambio real como consecuencia. (Dick, 2005, p.176)

Suarez (2002) se refiere al concepto como una forma de explorar una situación social con el fin de mejorarla. En este caso la situación social corresponde al estilo de vida en la adultez de los vecinos de Curridabat con el fin de llegar a tener un envejecimiento saludable.

3.2. Personas participantes en el estudio

La población de estudio está conformada por habitantes del cantón de Curridabat pertenecientes a diversos grupos comunitarios en diversas ubicaciones geográficas, su participación se rige bajo los siguientes criterios de inclusión: a) Habitantes residentes del cantón de Curridabat, b) Personas mayores de 40 años, c) Hombres y mujeres, y d) Participación voluntaria.

Se establece la edad de 40 años en adelante como criterio para esta investigación por dos razones principales. En primer lugar, desde la perspectiva del Enfoque de Curso de Vida, el envejecimiento se comprende como un proceso continuo que inicia desde el nacimiento y requiere una gestión adecuada en cada etapa de la vida. Este enfoque permite abordar la promoción de la salud desde la etapa de la adultez, anticipándose a los retos propios de la adultez mayor. En segundo lugar, la Municipalidad de Curridabat ha trabajado históricamente con grupos de personas adultas y adultas mayores a partir de los 40 años. Por tanto, este rango de edad se considera adecuado para la formulación de la política pública propuesta.

Para la primera parte de la investigación se utilizó un cuestionario autoadministrado, con participantes de 40 años en adelante del cantón. La selección

de la población fue a conveniencia de personas habitantes del cantón, a través de las plataformas de la Municipalidad de Curridabat y en grupos de apoyo para adultos. El Departamento de Responsabilidad Social del Municipio y la sede de la Caja Costarricense del Seguro Social apoyaron con el espacio para dichas intervenciones y la participación fue voluntaria (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Descripción de grupos participantes en la recolección de datos cuantitativa

Agrupación	n	Lugar
Grupo 1	23 personas	Área de Salud de Curridabat, Caja Costarricense del Seguro Social
Grupo 2	25 personas	Área de Salud de Curridabat, Caja Costarricense del Seguro Social
Grupo 3	15 personas	Virtual
Grupo 4	6 personas	Centro Comunitario El Tirrá, Tirrasas
Grupo 5	11 personas	Centro Comunitario Curridabat, centro.

En la segunda parte del estudio se realizaron dos foros comunales para la presentación de los resultados, donde cada participante expresa libremente su perspectiva de lo presentado y se discute la guía de la sesión (Anexo III). Este método cualitativo consiste en una práctica que reintegra al grupo tras la individualización (Quecedo & Castaño, 2002; Callejo, 2002). El grupo estuvo conformado, de forma voluntaria, con personas de cada distrito del cantón y la encargada de las agrupaciones como se observa en detalle en la Tabla 2.

Tabla 2

Descripción de participantes en la recolección de datos cualitativa

Participante	Edad	Sexo	Lugar y fecha
Persona 1	75	Mujer	Centro Comunitario El Tirrá, 5 de julio del 2024
Persona 2	73	Hombre	
Persona 3	70	Mujer	Centro Comunitario Curridabat, 9 de julio del 2024.
Persona 4	75	Mujer	
Persona 5	72	Mujer	
Persona 6	71	Mujer	
Persona 7	74	Mujer	
Persona 8	50	Mujer	
Persona 9	72	Mujer	
Persona 10	72	Mujer	
Persona 11	66	Mujer	
Persona 12	72	Mujer	
Persona 13	76	Mujer	
Persona 14	65	Mujer	
Persona 15	75	Mujer	
Persona 16	67	Mujer	
Persona 17	90	Mujer	

3.3. Categorías y subcategorías de estudio

Las variables de estudio son las características sociodemográficas y el estilo de vida dividido en las subvariables: actividad física, crecimiento espiritual, manejo del estrés, nutrición, relaciones interpersonales y responsabilidad hacia la salud. Se operacionalizan las mismas según objetivos, se describen en la Tabla 3.

Tabla 3*Operacionalización de Variables*

Objetivo específico 1	Describir las características sociodemográficas de la población mayor de 40 años del cantón de Curridabat en el 2024
Constructo	Características sociodemográficas
Definición conceptual	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas culturales que están presentes en la población sujeta a estudio.
Definición Operativa	Entre ellas se encuentran variables como sexo, edad, lugar de nacimiento, y nivel de estudios.
Fuente y técnicas de producción de datos	Cuestionario de elaboración propia. (Anexo 1). En línea en https://sites.google.com/view/pl-envejecimientosaludable/inicio

Dimensión	Variable	Tipo de Variable y escala de evaluación	Categorías	Preguntas Asociadas	Técnicas y fuente de información
Características sociodemográficas de la población de	D1. Edad	Cualitativa Ordinal (de intervalo)	Años cumplidos agrupados	1	Cuestionario

40 a 64 años del
cantón de
Curridabat

D2. Vivienda	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Propia 2. Alquilada 3. Familiar 4. No Responde 	1	Cuestionario
D3. Escolaridad	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin Estudios 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Completa 5. Técnico 6. Universitaria Incompleta 7. Universitaria Completa 8. No refiere 	1	Cuestionario
D4. Estado civil	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Soltero 2.Casado 3.Separado/Divorciado 4.Viudo 5.Unión Libre 	1	Cuestionario
D5. Distrito de residencia	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Curridabat 2. Granadilla 3.Sánchez 4.Tirrases 5. No indica 	1	Cuestionario

D6. Categoría ocupacional	Cualitativa Nominal	1.Por cuenta propia 2.Asalariado(a) 3.Desempleado 4.No Aplica	1	Cuestionario
D7. Convivencia Personas con las que convive en el hogar	Cualitativa Nominal	1. Solo 2. Familia 3. Pareja 4. Amigos 5. Otros	1	Cuestionario
D8. Sexo al nacer	Cualitativa Nominal	1. Hombre 2. Mujer	1	Cuestionario

Objetivo específico 2	Identificar el estilo de vida en la población mayor de 40 años del cantón de Curridabat en el año 2024
Constructo	Estilo de vida
Definición conceptual	Hábito o forma de vida, hace referencia a un conjunto de actuaciones cotidianas realizadas por las personas
Definición Operativa	Es el resultado de un conjunto de hábitos que nos permiten disfrutar de un equilibrio entre bienestar físico, mental y social. Se incluyen: actividad física, crecimiento espiritual, manejo del estrés, nutrición, relaciones interpersonales, responsabilidad hacia la salud.

Dimensión	Variable	Indicadores / categorías	Preguntas Asociadas		Técnica y fuente de información
F1: Actividad física	Cualitativa ordinal	Participación regular en una actividad ligera, moderada o vigorosa Tipo Likert de cuatro puntos: N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente	8	Ítems 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46	Aplicación de Perfil del estilo de vida promotor de la salud II Foro comunal
F2: Crecimiento espiritual	Cualitativa ordinal	Desarrollo de los recursos internos y se consigue a través de trascender, de la conexión y el desarrollo	9	Ítems 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52	
F3: Manejo del estrés	Cualitativa ordinal	Identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión	8	Ítems 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47	
F4: Nutrición	Cualitativa ordinal	Implica el conocimiento para la selección y el consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar	9	Ítems 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50	
F5: Relaciones interpersonales	Cualitativa ordinal	Utilización de la comunicación para lograr una sensación de	9	Ítems 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49	

		intimidad y cercanía interior significativa			
F6: Responsabilidad hacia la salud	Cualitativa ordinal	Sentido activo de responsabilidad para el propio bienestar: prestar atención a la propia salud, la autoeducación en salud, buscar ayuda profesional.	9	Ítems 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51	

Objetivo específico 3	Elaborar los componentes de la propuesta de política local a partir del estilo de vida de la población de estudio en el 2024.	
Constructo	Política pública local	
Definición conceptual	Curso o línea de acción definido para orientar o alcanzar un fin, que se expresa en directrices, lineamientos, objetivos estratégicos y acciones sobre un tema y la atención o transformación de un problema de interés público. (MIDEPLAN, 2017)	
Definición operativa	Se refiere a los componentes para elaborar el documento de propuesta de política pública.	
Fuente y técnicas de producción de datos	Guía para la Elaboración de Políticas Públicas (MIDEPLAN, 2017) (ANEXO VI).	
Categorías de la PP	Problema	Definido en anteproyecto de TFIA
Marco legal	Legislación vigente nacional e internacional	
Estado de situación	Antecedentes nacionales e internacionales	
Población objetivo	Definido en la metodología TFIA con apoyo de la Municipalidad de Curridabat	
Enfoque, principios y características	Revisión bibliográfica sobre envejecimiento saludable	
Temas prioritarios o ejes de intervención	Prioridad según resultados de objetivos 1 y 2. <ul style="list-style-type: none"> · Actividad física · Crecimiento espiritual · Manejo del estrés · Nutrición · Relaciones interpersonales · Responsabilidad hacia la salud 	
Objetivo	Promover el estilo de vida saludable en la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat a partir del 2024	
Modelo de gestión	Gobernanza y participación ciudadana.	

Evaluación y seguimiento	Basado en resultados del diagnóstico.
Plan de Acción	Basado en resultados del diagnóstico.

3.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

La recolección de los datos cuantitativos se realizó entre mayo y junio a una población de 90 personas residentes del cantón, de más de 40 años de edad, durante el 2024. El proceso de recolección se hizo por medio de encuesta. Además, en el mes de julio se realizaron dos foros comunales con la participación de 17 personas en total, con los resultados obtenidos de los instrumentos de diagnóstico para posteriormente redactar el documento de la Política Local.

3.4.1. Instrumentos

A continuación, se describe cada instrumento a utilizar.

3.4.1.1. Cuestionario de datos sociodemográficos.

Se ha elaborado un cuestionario de datos sociodemográficos en una plataforma virtual por lo que se creó una página web con formularios en Google Forms para la recolección de los datos (Anexo I) o en material impreso para quien lo requiriera. Se compone de variables como edad, sexo al nacer, estado civil, escolaridad, categoría de trabajo, convivencia en el hogar y distrito de residencia.

3.4.1.2. Escala Perfil del Estilo de Vida Promotor de la Salud II.

Escala Perfil del estilo de vida promotor de la salud II [PEPS- II] (Walker & Hill-Polerecky, 1996), en la versión en español (Hulme et al., 2003), está compuesto por 52 ítems y 6 subescalas y utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. Los factores que componen la escala de este estudio son: F1: Actividad física por 8 preguntas, F2: Crecimiento espiritual de 9 ítems, F3: Manejo del estrés de 8 ítems, F4: Nutrición de 9 ítems, F5: Relaciones interpersonales de 9 ítems y F6: Responsabilidad

hacia la salud, compuesto por 9 ítems (Walker, et al., 1990). Dicho instrumento ha sido validado en Estados Unidos, España, China y Sri Lanka (Anexo II).

La puntuación total del PEPS II se extiende desde 52 hasta 208, determinada por la media de las respuestas a los 52 ítems que componen el cuestionario. Esta puntuación total se segmenta en cuatro niveles distintos: "pobre" para aquellos que obtienen entre 52 y 90 puntos, "moderado" para los que alcanzan entre 91 y 129 puntos, "bueno" para aquellos con una puntuación entre 130 y 168, y "excelente" para aquellos cuyas puntuaciones se sitúan entre 169 y 208. Utilizando la escala original de los datos, se traducen los índices de 0 a 100, asignando un valor más alto a aquellos con un estilo de vida considerado como más favorable.

El instrumento ha sido analizado psicométricamente en español con varianza de 45.9% y alfa de Cronbach de 0.93 para la escala total, las subescalas se ubicaron entre 0.70 y 0.87 (Walker et al., 1990; Vidal et al., 2014; Laguado y Gómez, 2014, Enríquez et al. 2022).

3.4.2. Técnicas

3.4.2.1. Encuesta.

Como se plantea en el apartado anterior, se usaron dichos instrumentos a través de la técnica de encuesta y con previo consentimiento escrito del participante de la comunidad.

3.4.2.2. Foro comunal.

Las sesiones se realizaron de forma presencial en sedes de la municipalidad: 1) Centro Comunitario El Tirrá y Centro Comunitario Curridabat. Se elaboró para ello una guía para la discusión grupal en el Anexo III. Con lo que se intentó profundizar sobre los

temas que destacan en los instrumentos aplicados como principales aspectos a mejorar o fortalecer como conducta para un estilo de vida saludable en la adultez mayor.

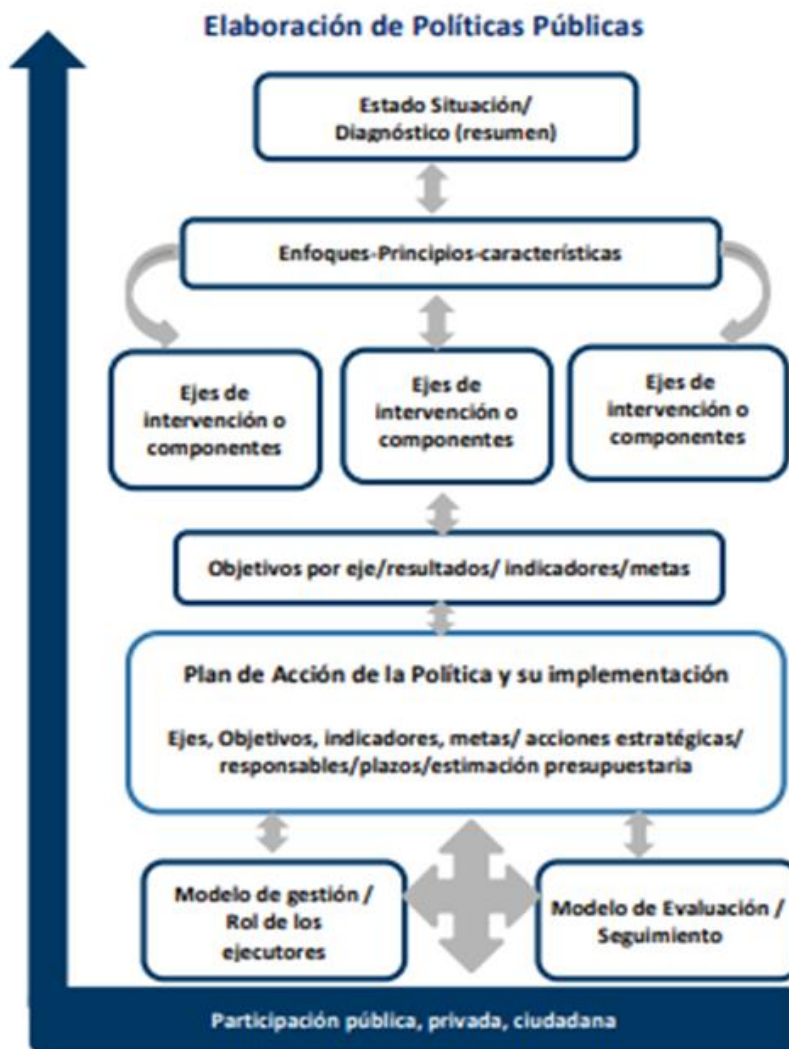
3.4.2.3. Conformación de la propuesta de política pública

Por último, se realizó la propuesta de política pública local con base en la guía del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica de Costa Rica [MIDEPLAN] (2016) por lo que tiene los siguientes contenidos: definición del problema, marco legal, estado de la situación, población objetivo; enfoques, principio y características de la política local, ejes de intervención, objetivos, modelo de gestión y la evaluación (Figura 7).

El MIDEPLAN expresa que la capacidad de diseñarlas es vinculante con procesos de coordinación y participación social, flexibilidad para orientar y concretar las prioridades con estrategias innovadoras que permitan realizar las transformaciones pertinentes, considerando las fases de formulación, implementación y evaluación por medio del seguimiento y el análisis de los resultados en el ejercicio de la política (2016).

Figura 7

Modelo para elaboración políticas públicas en Costa Rica



Nota: MIDEPLAN (2013)

Se involucran cuatro etapas entre las cuales se encuentran la identificación y reconocimiento del problema de salud, la formulación de la política, la implementación y evaluación de estas en la realidad no necesariamente acontece en dicho orden, pero se sigue el mismo para facilitar el estudio y análisis de las políticas públicas de salud.

Para el presente estudio se realizó la identificación del problema y su reconocimiento, se exploró cómo los problemas se posicionan o llegan a la agenda política. Seguido de la formulación de la política, es decir, cómo se establece, se acuerda y comunica una política, así como los actores involucrados.

Se estableció también como realizar la evaluación de la misma con el fin de identificar lo que sucede una vez que una política se pone en práctica, la forma en la que controla, si logra sus objetivos y si existen consecuencias positivas o negativas de las mismas (Walt, *et al.* 2008). La implementación es responsabilidad de la Municipalidad de Curridabat posterior a su aprobación.

Al iniciar el diagnóstico de la situación fue fundamental poder definir opciones alternas y jerarquizar según la importancia de entes público-privados y la ciudadanía pueda aportar en su ejecución al logro de objetivos. Desde el diseño fue importante incluir procesos de diálogo y participación social ya que definir los temas prioritarios afianzan las bases del compromiso (MIDEPLAN, 2016). En la elaboración, se parte de la definición de situación social que es una necesidad o problema de interés público internacional, nacional o local, que demanda una acción política (Abarca, 2002).

Una vez priorizadas las áreas de acción, se definieron objetivos, acciones e indicadores, así como los recursos humanos, tecnológicos y financieros disponibles y por buscar para lograr las acciones y metas. El modelo de gestión permite definir roles en cada tema, acciones y metas, así como compromisos y responsabilidad de los entes coordinadores y ejecutores de la política pública. (MIDEPLAN, 2016). En este caso se incluyen los componentes seguridad económica, buen trato, atención integral en salud, desarrollo humano y la promoción y protección de los derechos en la institucionalidad.

Para el plan de acción específicamente se utilizaron las herramientas de inteligencia artificial como ChatGPT y Copilot para el apoyo de la redacción de las acciones estratégicas y sus indicadores contrastados con la literatura y lo redactado en los objetivos establecidos. La propuesta como se mencionó fue enviada al encargado municipal para su lectura final y se expuso en sesión virtual para las modificaciones sugeridas. Posteriormente la aprobación y ejecución sería el paso por seguir, para a futuro evaluar el impacto y resultado alcanzado para el mejoramiento de la situación de las personas o grupos de interés. Esto es responsabilidad de la Municipalidad en caso de tomar la propuesta para su utilización.

3.5. Tratamiento de la información

Los datos recolectados se sistematizaron mediante un proceso que incluyó dos principales métodos de recolección: encuestas y participación en un foro comunal. Estos métodos proporcionan una amplia gama de datos que fueron analizados y organizados de manera sistemática para alcanzar los objetivos de investigación planteados. A continuación, se detallan los procedimientos empleados:

3.5.1. Sistematización de la información

La sistematización de la información se realizó en dos etapas principales: la recolección de datos y el análisis de estos.

3.5.1.1. Recolecta de datos.

Encuestas: Se diseñaron o eligieron para administrar y distribuir preguntas estructuradas entre la población objetivo, con el fin de obtener información cuantitativa y cualitativa sobre el tema de estudio. Estas encuestas abordaron aspectos clave relacionados con el objeto de investigación.

Foro comunal: Se realizaron 2 foros comunales donde se discutieron temas pertinentes a la investigación en Tirrases y Curridabat centro. Esta plataforma proporcionó un espacio para el intercambio de ideas, opiniones y experiencias entre los participantes, enriqueciendo así la recopilación de datos y ofreciendo perspectivas variadas sobre el tema.

3.5.2. Análisis de datos

Una vez recopilados los datos, se procedió a su análisis exhaustivo. Para los datos cuantitativos se utilizó un software estadístico y para los datos cualitativos se utilizó codificación digital y manual para la identificación de patrones y temas emergentes.

El análisis estadístico se realizó en R versión 4.3.3 (R Core Team, 2024) y RStudio versión 2024.4.0.735 (Posit Team, 2024), utilizando los paquetes ggplot2 versión 3.5.1 (Wickham, 2016) para las figuras, psych versión 2.4.3 (Revelle, 2024) y gtsummary versión 1.7.2 (Sjoberg, et al., 2021) para las tablas.

Los factores se resumieron mediante el total de observaciones, mínimo, máximo, media y desviación estándar. El análisis comparativo según variables sociodemográficas se evaluó utilizando la prueba de signos de Wilcoxon o Prueba T para el sexo y la prueba de suma de rangos de Kruskal-Wallis para la edad y el distrito, esto debido a los resultados de las pruebas de normalidad y homogeneidad de las variables (Anexo VII). Entre factores, se determinaron las correlaciones de Pearson y el valor p se ajustó según la corrección de Bonferroni, lo anterior para disminuir el riesgo de falsos positivos. Se consideró una significancia estadística un valor p menor a 0.05.

En cuanto a los foros comunales, se grabó y transcribió la sesión utilizando Microsoft 365 y se analizó el contenido con ayuda de la herramienta Atlas.ti para la

formulación de las categorías del discurso de los participantes con apoyo de los papelógrafos construidos durante la sesión. Además, se tomaron fotografías durante la misma.

Posteriormente se triangularon los datos de ambos métodos de recolección con el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (Sánchez et al., 2021) expuesto en el marco teórico. Finalmente, los componentes de la propuesta de política pública fueron redactados utilizando Microsoft Word, mientras que las imágenes y la diagramación final se elaboraron con la herramienta Canva Educación versión gratuita.

3.6. Plan de Garantía Ética

El proyecto de investigación se apega a la Declaración de Helsinki (1964), con el propósito principal de la investigación médica en seres humanos de comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Se respetó la Ley Reguladora de Investigación Biomédica (9234) de Costa Rica y su reglamento. Siempre buscando la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad de la persona, así como su autodeterminación, intimidad y confidencialidad. Además, busca que el daño al medio ambiente se reduzca al mínimo posible.

La investigación tiene la potencialidad de producir conocimiento valioso, científica y socialmente, es decir, tiene valor social por el análisis de datos públicos recolectados

por instituciones de gobierno y academia que ayuda a garantizar la privacidad y confidencialidad por ser datos colectivos, respetando los principios éticos de la investigación (Artículo 4, Ley 9234).

En el artículo 7 de la ley, se expresa lo relacionado a investigación en salud pública:

La investigación en salud pública, de tipo observacional, requerirá la aprobación del Comité Ético Científico [CEC], salvo que se trate de investigaciones propias del quehacer institucional del Ministerio de Salud o de la Caja Costarricense de Seguro Social y se refiere a investigaciones relacionadas: (...)

c. Evaluación de programas sociales o de evaluación de resultados e impacto de intervenciones en salud pública.

Los participantes de la investigación dieron su consentimiento para ser parte de la misma, en este caso de forma virtual y por supuesto, y pudieron no continuar con el proceso si es su decisión libre. Se garantizó la confidencialidad de los datos de los participantes (Anexo V).

Se apela al Informe Belmont y el Código Nuremberg, por dicha razón, el investigador y asesores están inscrito en el Consejo Nacional de Investigación en Salud y sometió a revisión del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica el proyecto con el fin de garantizar el respecto de los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Además de la mano al Manual de Ética de la Municipalidad de Curridabat (Consejo Municipal, 2013) se respeta a los principios institucionales de respeto, honestidad y compromiso en todo el proceso investigativo como en la elaboración del informe final.

3.7. Presupuesto

A continuación, se describe el monto aproximado de la realización del proyecto calculado para un periodo de un cuatrimestre.

Descripción de gastos	Monto unitario	Monto por plazo planificado (4 meses)
Salario base licenciado (por mes)	₡800000	₡3200000
<i>Materiales</i>		
-Computadora	₡300.000,00	-
-Impresiones	₡5.000,00	₡20.000,00
Transporte para visitas a comunidad	₡10.000,00	₡40.000,00
Alimentación para foros	₡10.000,00	₡40.000,00
<i>Programas de análisis de datos</i>		
-Epi Info/Stata/Jamovi/R	-	₡0
-Excel (Licencia UCR)	-	₡0
-Atlas.ti	₡5.000,00	₡20.000,00
Otros (Contingencia)	₡20.000,00	₡80.000,00
Total		₡3.400.000,00

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En este cuarto capítulo se presentan los resultados del proceso metodológico utilizado para identificar el estilo de vida de la población seleccionada. Los resultados fueron verificados mediante una presentación a la comunidad, lo que contribuye a una mejor comprensión de los comportamientos y prácticas de los ciudadanos de Curridabat para una adecuada gestión de su envejecimiento saludable.

4.1. Características sociodemográficas de la población mayor de 40 años del cantón de Curridabat en el 2024.

En principio se detallan las características relacionadas con las variables: sexo, edad, residencia, escolaridad, estado civil, categoría ocupación y convivencia de la población de estudio. En primer lugar, se debe señalar participaron 90 personas que cumplían con los criterios de inclusión, sin embargo, para el análisis se excluyó una persona debido a que no respondió de forma completa los instrumentos de encuesta. La información sociodemográfica se sintetiza en la Tabla 4.

Tabla 4*Características sociodemográficas de los participantes del estudio (n = 89)*

Variable	n	%
Cantón de residencia		
Curridabat	51	57,3
Granadilla	6	6,7
Tirrases	21	23,6
Sánchez	11	12,4
Sexo		
Hombre	19	21,3
Mujer	70	78,7
Grupos de edad		
Entre 40 y 64 años	43	48,3
Mayor o igual a 65 años	46	51,7
Escolaridad (n= 87)		
Primaria	22	25,3
Secundaria	28	32,2
Universitaria	37	42,5
Estado civil		
Unidos	35	39,3
No unidos	54	60,7
Participación en actividades económicas (n= 85)		
Actividades remuneradas	39	45,9
Actividades no remuneradas	46	54,1
Tipo de vivienda		
Propia	76	85,4
Alquilada	13	14,6
Convivencia en casa		
Solo	20	22,5
En compañía	69	77,5

Nota: Elaboración propia basados en datos de encuesta.

El sexo al nacer de los participantes en 78.7% de los casos fue mujer. Respecto a la edad, el promedio de la población fue de 63.3 años (IC 95%: 54-63, DE 10,7), con participación de personas que tenían entre 40 años y los 90 años de edad, con un predominio de personas de igual a 65 años o más de edad (51.7%). La residencia de

estos se distribuyó según los distritos de la siguiente forma: 57.3% de Curridabat, 12.4% de Sánchez, 23.6% de Tirrases y 6.7% de Granadilla.

Destaca la alta escolaridad de las personas por lo que se caracteriza por ser una población altamente educada (41.6% con educación superior). Los participantes tienen mayoritariamente un estado civil no unido, donde se incluyen personas solteras, divorciadas o separadas y viudas. Además, la categoría ocupacional predominante corresponde a jubilados dentro de la categoría no realiza actividades remuneradas. El tipo de vivienda en el que residen es en su mayoría propia, solamente alquilan un 14.6% de las personas encuestadas. Por último, la variable convivencia en el hogar refleja las relaciones en el núcleo familiar, las cuales indican vivir en su mayoría con su familia, amigos y/o pareja (77.5%).

4.2. Conductas saludables y de riesgo a partir del estilo de vida de la población mayor de 40 años del cantón de Curridabat en el 2024.

El resultado global promedio del Estilo de Vida de la población de estudio fue de 136 puntos (DE 27.6, IC 95% 130-142, Moda 126), lo que se categorizó como un Estilo de Vida Promotor de Salud "Bueno" según la clasificación establecida en el marco metodológico. En dicha clasificación, los rangos de puntuación son los siguientes: entre 52 y 90 puntos se considera "pobre", 91 a 129 puntos se clasifica como "moderado", 130 a 168 puntos como "bueno", y 169 a 208 puntos como "excelente". Este resultado refleja un comportamiento saludable en varias áreas, aunque aún existen oportunidades de mejora. El puntaje más alto registrado fue de 196 puntos y el más bajo de 58 puntos.

Al segregar los resultados por distrito Granadilla tiene la media más alta y en Sánchez se ubican los resultados más bajos, pero con gran desviación estándar, clasificado como Moderado (Ver Tabla 5); esto debido a la alta desviación estándar de los resultados tanto en este distrito como en Curridabat, lo que refleja una muestra con diversidad de rangos de estilo de vida.

Tabla 5

Resultados de Perfil del Estilo de Vida Promotor de la Salud II según distrito de residencia.

Distrito	n	Media	Mínimo	Percentil		Máximo	DE
				25	75		
Curridabat	51	139	58	125	164	196	30.6
Granadilla	6	146	131	134	158	165	14.9
Sánchez	11	121	93	109	142	181	29.5
Tirrases	21	129	89	123	146	164	20.2
Global	89	136	58	121	162	196	27.6

Nota: Elaboración propia basado en resultados de PEPS-II.

En la Tabla 6 se resumen los hallazgos por cada dimensión de la escala, se muestran las dimensiones responsabilidad hacia la salud, relaciones interpersonales, nutrición, manejo del estrés, crecimiento espiritual y actividad física en relación con el estilo de vida promotor de la salud. y a su vez se establecen como referencia los valores teóricos máximos de cada uno de ellos. La actividad física del grupo de estudio tiene una media de 19.4, es decir, los participantes tienen un nivel de actividad moderada. Se puede observar que en los datos mínimos y máximos se cuentan con valores extremos

lo que indica diversidad en los participantes. Comparado con las dimensiones evaluadas esta corresponde al puntaje más bajo de los datos.

Tabla 6

Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del Estilo de Vida Promotor de Salud (n=89).

Dimensión	Media	Intervalo de Confianza al 95%		Media na	DE	Mínimo	Máximo	Valor teórico
		Inferior	Superior					
F6: Responsabilidad hacia la salud	22.2	21.0	23.5	24.0	5.73	9	34	36
F5: Relaciones interpersonales	25.0	23.9	26.1	26	5.31	9	35	36
F4: Nutrición	23.5	22.4	24.6	24	5.22	10	34	36
F3: Manejo del estrés	20.1	19.1	21.2	20	4.98	11	32	32
F2: Crecimiento espiritual	25.9	24.7	27.2	27	6.10	9	36	36
F1 Actividad física	19.4	18.2	20.6	19	5.69	8	32	32

Nota: Elaboración propia basado en resultados de PEPS-II.

Respecto a la dimensión crecimiento espiritual, la media es de 25.9 con una desviación estándar de 5.8, la mayoría de las personas se ubica en un nivel moderado de ésta. De igual forma la desviación estándar sugiere diversidad y es evidente en los valores resultantes que incluyen, inclusive, el valor teórico máximo. El nivel de manejo de estrés se desliza entre los valores 11 y 32, con una media de 20.1 sugiere nivel moderado (Entre 18 y 24).

En relación con la dimensión de nutrición, el rango varía entre 12 y 36 puntos, categorizándose como nutrición moderada ($x = 23.5$). En cuanto a las relaciones interpersonales, de la misma forma rangos amplios y una desviación estándar que

evidencia la variabilidad de la información, según la media de la muestra se puede clasificar esta dimensión como moderada.

Por último, la mayoría de los participantes se encuentra en la categoría moderada, con la media de la dimensión responsabilidad hacia la salud de 22.2. El manejo del estrés y la actividad física de la población de estudio en general tiene más del 50% de personas que seleccionan “Algunas veces”, mientras que “Frecuentemente” domina las dimensiones faltantes.

Por otro lado, se evaluó si hombres y mujeres tienen la misma distribución de los datos, donde, las dimensiones evaluadas según sexo al nacer no cuentan con evidencia suficiente para afirmar que las medianas son significativamente diferentes (Tabla 7).

Tabla 7

Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del Estilo de Vida Promotor de Salud por sexo

Variable	Hombre, n = 19 <i>Media (DE)</i>	Mujer, n = 70 <i>Media (DE)</i>	Valor p
Actividad física ¹	18.3 (6.1)	19.7 (5.6)	0.332
Crecimiento Espiritual ²	24.8 (5.7)	26.2 (6.2)	0.292
Manejo del estrés ¹	19.3 (5.7)	20.3 (4.8)	0.405
Nutrición ¹	22.2 (4.9)	23.9 (5.3)	0.225
Relaciones interpersonales ²	23.4 (5.4)	25.4 (5.2)	0.128
Responsabilidad hacia la salud ²	20.2 (5.2)	22.8 (5.7)	0.050

Nota: Elaboración propia basado en resultados de PEPS-II. ¹Prueba T, ²Prueba de suma de rangos de Wilcoxon.

De la misma forma, se evaluó si por grupo de edad se tiene la misma distribución de los datos, y se encontró que excepto por el estrés no existen diferencias significativas (Tabla 8).

Tabla 8

Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del Estilo de Vida Promotor de Salud por grupo de edad

Dimensiones	Media (DE)		Valor p
	Entre 40 y 64 años, n = 43	Mayor de 65 años, n = 46	
Actividad física	18.6 (5.9)	20.1 (5.5)	0.22 2
Crecimiento Espiritual	25.1 (6.6)	26.7 (5.6)	0.20 5
Manejo del estrés	18.7 (4.9)	21.4 (4.7)	0.00 7
Nutrición	22.9 (5.5)	24.1 (5.0)	0.26 2
Relaciones interpersonales	24.5 (6.0)	25.5 (4.6)	0.38 3
Responsabilidad hacia la salud	21.5 (6.3)	23.0 (5.0)	0.26 1

¹ Prueba t de dos muestras; Prueba de suma de rangos de Wilcoxon

Nota: Elaboración propia basado en resultados de PEPS-II.

Tal como muestran los datos anteriores, se realizó la prueba relación de las dimensiones del estilo de vida según Nola Pender según distrito de residencia de los participantes sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (Tabla 9).

Tabla 9

Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del estilo de vida promotor de salud por distrito

Variable <i>Media (DE)</i>	Curridabat, n = 51	Granadilla, n = 6	Sánchez, n = 11	Tirrases , n = 21	Valor p¹
Actividad física	20.4 (6.1)	16.7 (4.5)	19.2 (6.4)	17.8 (4.1)	0.186
Crecimiento Espiritual	26.2 (6.2)	29.5 (2.6)	24.0 (6.9)	25.2 (5.9)	0.204
Manejo del estrés	20.7 (5.3)	22.7 (4.7)	18.0 (4.2)	19.0 (4.2)	0.136
Nutrición	24.3 (5.8)	25.5 (5.4)	22.9 (4.2)	21.4 (3.4)	0.132
Relaciones interpersonales	24.9 (5.5)	27.7 (4.1)	23.5 (6.4)	25.2 (4.4)	0.507
Responsabilida d hacia la salud	22.7 (6.1)	23.5 (2.2)	19.4 (4.6)	22.3 (5.7)	0.221

¹ ANOVA de una vía; Prueba de suma de rangos de Kruskal-Wallis

Nota: Elaboración propia basado en resultados de PEPS-II.

Por último, se correlacionó cada dimensión entre sí y se obtuvieron resultados positivos con significancia estadística en todos los casos ($p < 0.05$) (Tabla 10).

Tabla 10*Correlación de dimensiones del Estilo de Vida Promotor de Salud*

Dimensión	AF	CE	ME	N	RI	RS
Actividad física	1	0.551*	0.680*	0.613*	0.550*	0.575*
Crecimiento Espiritual		1	0.705*	0.640*	0.787*	0.668*
Manejo del estrés			1	0.648*	0.588*	0.625*
Nutrición				1	0.612*	0.677*
Relaciones interpersonales					1	0.682*
Responsabilidad hacia la salud						1

Nota: Elaboración propia basado en resultados de PEPS-II. *Correlación significativa al nivel 0,05 (2 colas). Donde: AF= Actividad física, CE= Crecimiento Espiritual, ME=Manejo del estrés, N= Nutrición, RI=Relaciones interpersonales, RS= Responsabilidad hacia la salud.

En tanto, en los foros comunales con una participación de 17 personas, de edad promedio 71.5 años (Rango entre 50 y 90 años), en su mayoría mujeres (94.5%), se logró determinar tres categorías: barreras, aspectos positivos y estrategias a fomentar. Identificando de forma inicial las barreras que perciben para el proceso de envejecimiento, las cuales incluyen: maltrato, inseguridad, aislamiento y soledad, entorno no inclusivo. Como aspectos positivos resaltan los programas para adultos y la infraestructura física municipal, además, la iluminación de espacios públicos, el acceso a servicios básicos y las zonas transitables para peatones del cantón.

Al consultar sobre los temas específicos para promover salud en la etapa de la adultez y adultez mayor, se segregan en acciones para favorecer el estilo de vida

saludable, el entorno y la participación política. Los cuales se describen a continuación en la Tabla 11.

Tabla 11*Categorización por temas resultantes de los foros comunales*

Barreras percibidas	Aspectos positivos percibidos
Espacio físico con humedad/resbaladizo.	
Falta de equipo para ejercicio	
Maltrato en buses	
Mala atención en EBAIS	
Falta de cortesía en la calle	Iluminación de lugares públicos
Falta de buen trato en bancos	Espacios para caminar
Falta de seguridad en el cantón, pocos policías municipales.	Programas de recreación, actividad física u otros del cantón.
Falta de aceras/ arreglar las que estén dañadas.	Espacio físico.
Muchos adultos mayores encerrados.	
Falta de rampas.	
Parques con espacios pensado para adultos mayores.	

Actividad física	Manejo del estrés	Nutrición	Responsabilidad hacia la salud	Crecimiento espiritual	Relaciones con otros	Otros
Comunicar sobre uso del gimnasio. Más cantidad de máquinas para ejercicio y mejor distribución.	Más ejercicio Actividades como bingos. Reuniones o charlas sobre el tema. Educación sobre higiene del sueño. Favorecer la motivación. Favorecer actividades de recreación. Apoyo económico para quien lo ocupe.	Educación. Enseñar a sembrar en espacios pequeños. Huertas familiares o comunales.	Educación sobre temas de salud en los centros comunitarios. Abordar el tema de la migración y la salud. Promover una consulta especializada para adulto mayor.	Charlas en temas propios. Coordinación con instituciones religiosas. Encuentro con jóvenes o niños. Fomentar vínculos de convivencia y respeto. Comunicar actividades en la comunidad de otras	Aprender a comunicarse de forma asertiva. Fortalecer temas sobre la familia.	Interacción local con los grupos de adultos y adultos mayores. Fortalecer programas e invitar a más personas. Hacer un diagnóstico cantonal de las situaciones del adulto mayor. Hacer un diálogo entre comunidad y sectores para el tema de atención al adulto mayor.

				agrupaciones		
Reactivar ejercicios de adulto mayor.	Charlas, capacitaciones.			Espiritualidad para el manejo del estrés.	Compartir con amistades, reuniones.	Dar más prioridad a la población adulta mayor en varias situaciones.
Reactivar ejercicios en la piscina municipal con instructor.	Más ejercicios y clases de baile en el parque.	Educación sobre leer	Fomentar autocuidado.	Resiliencia. Meditación. Actividades como respiraciones en los grupos.	Integrarse a grupos. Salir de la casa.	Aumentar el presupuesto de atender a este grupo de población. Ampliar forma de comunicar la información (solo WhatsApp no es suficiente), hacer redes locales/distrito/comunidad.
Más información.	Juegos de mesa, rompecabezas, bingos u otros.	Dieta saludable. Medicina natural.	Actividad física y actividad mental.	Actividades para habilidades blandas.	Espacios de café y conversaciones.	Participar en el Consejo Municipal como entes asesores.
Motivar más (a los hombres).			Charlas con profesionales, TCU o tesis.	Actividades para habilidades blandas.	Compartir con gente positiva.	
No hay espacios para educación física.	Actividades más seguidas.			Actividades como foro o cines-foros, películas		
Destinarlos.	Un profesional que visite la					
Acompañamiento por estudiantes,						

adolescentes o adultos. Integrar más. Actividades como ferias o jornadas más seguido.	casa. Dé charlas. Huertos comunitarios para salud mental. Actividades como caminatas, u otras al aire libre.	motivacionale s. Temas de amor, empatía, comprensión.
---	--	--

Notas: Elaboración propia basada en los resultados de los foros.

4.3. Desarrollo de Componentes de la Política Local de Envejecimiento Saludable

Para el cumplimiento del tercer objetivo en la presente investigación se toma como base la guía de MIDEPLAN sobre la estructura de la política, y con ello se exponen diversos puntos a tomar en cuenta para la construcción del documento de Política Local para el Envejecimiento Saludable de Curridabat 2025-2030, la decisión de trabajarla durante el período quinquenio responde una recomendación en el marco de Ciudades Amigables para las Personas Adultas Mayores.

Este apartado incluye el marco normativo que respalda la política, sus enfoques y principios. Además, se presenta la visualización de los actores involucrados, los ejes principales y su plan de acción, así como el modelo de gestión y evaluación de la Política Local para el Envejecimiento Saludable de Curridabat 2025-2030. La misma se desarrolla en el Capítulo VI, ya que es importante discutir los resultados previamente que fundamentan la propuesta (Anexo IX).

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al clasificar los puntajes generales de qué según el rango que los autores del PEPS-II brindan (Hulme et al., 2003), el 49.4% de las respuestas es considerado como “Bueno”, seguido por 32.6% con estilo de vida “Moderado”, y a los extremos el 6.7% se clasifica como “Pobre” y el restante como “Excelente”. De acuerdo con la autora del cuestionario, se considera como guía la media del puntaje la guía para análisis del estilo de vida saludable, siendo poco o no saludable para valores inferiores a este rango, el resultado global está por debajo de éste ($x=136$, $DE= 27.6$).

Los estilos de vida saludables, según la OMS (citado en Cerón, 2012), son formas de vida basados en las condiciones de vida en un sentido amplio y patrones individuales de conducta determinados por condiciones personales y socioculturales. En consonancia con este concepto, las conductas saludables o promotoras de salud son aquellas que, por un lado, favorecen la salud o estado de bienestar del individuo y a su vez, reducen los riesgos en salud y el bienestar de las personas (Gaete et al., 2016). Estas acciones son las que se deben de fortalecer o modificar para lograr en los adultos y adultos mayores de la comunidad un estilo de vida saludable.

En los casos de estudio anteriores en la literatura, las mujeres tienen promedios más altos en Estilo de Vida Promotor de Salud (EVPS) Global, como Cid et al. (2006), Mellado-Sampedro et al. (2011) y Chávez (2010), sin embargo, en la población censada de este estudio no hay evidencia para poder afirmar esta diferencia coincidiendo con los resultados de Escobar-Castellanos *et al.* (2018).

Al segregar el análisis por las dimensiones o factores, cabe aclarar que la actividad física junto al manejo del estrés son las que menos puntaje general alcanzan,

lo anterior sugiere que son los factores más débiles en la población de estudio, el cual puede ser el centro del abordaje de la promoción de la salud. Estos resultados son similares a los resultados con población adulta mexicana evaluada por Mellado-Sampedro et al. (2011), coincidiendo también en medias altas en crecimiento espiritual y relaciones interpersonales.

Cabe definir el concepto de actividad física, siendo ésta el movimiento del cuerpo humano que genera un gasto energético entonces engloba cualquier acción durante las horas del día en el trabajo, en las labores domésticas o en el tiempo libre (Bennasar, 2012). Esto quiere decir que, aunque incluye al ejercicio, no es sinónimo, ya que éste es aquella la actividad física programada, estructurada y repetitiva. En tanto, el sedentarismo es la ausencia de actividad física.

La actividad física en el adulto mayor se encuentra evidencia fuerte de efectos que incluyen menor riesgo de muerte prematura, de enfermedades no transmisibles como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, entre otras; así como mejorar la condición cardiorrespiratoria y muscular, previniendo las caídas y mejorando la función cognitiva (Martín, 2018).

La actividad física entonces, no solo se debe atender como un componente de prevención, sino que también, como un elemento de intervención social, lo que puede favorecer las redes de apoyo y la calidad de vida de los adultos mayores (Duran, et al. 2017). Dicho autor dado a menciona que a mayor actividad física más probabilidades se tiene de presentar un mejor estilo de vida en la adultez mayor. Además, observando los resultados de las correlaciones se evidencia el efecto positivo sobre el manejo de estrés y la responsabilidad en la salud principalmente. Si se observa desde el Modelo de Nola

Pender, se puede afirmar que los comportamientos deseados en cuanto a actividad física y manejo del estrés no son los óptimos, por lo que se pueden intervenir desde los factores situacionales e interpersonales en el entorno comunitario.

En cuanto a los puntajes y la variable edad, el grupo mayor de 65 años tiene la media de puntaje más alta. Lo anterior significa, que las dimensiones de estilo promotor de la salud están siendo menores en la edad adulta, lo que tiene directa relación con los hábitos adquiridos en la etapa más productiva y los resultados se evidencian en el deterioro de la salud física y mental de las personas cuando alcanzan su etapa como adultos mayores.

En cuanto, a la actividad física y el manejo del estrés se evidencian los puntajes más bajos para el grupo de 40 a 64 años. Es decir, en el grupo de participantes en el estudio, aunque tiene resultados generales moderados, en estas dos dimensiones se observa mayor afectación a su estilo de vida. Esto replica resultados como en Strain *et al.* (2024), donde se describe como con el paso de los años la actividad física es insuficiente y crece con el paso del tiempo en la región Latinoamérica tanto en hombres como mujeres.

En las demás dimensiones se evidencia la media mayor en el grupo de 65 años en adelante. Sin embargo, no se identificó evidencia significativa para afirmar las diferencias entre los grupos de edad, a excepción de la dimensión Manejo del estrés. Lo expuesto no concuerda con otros trabajos donde se aprecia una tendencia directa entre la edad y conductas promotoras de salud (Triviño *et al.* 2007; Cid *et al.* 2006; Al-Kandari *et al.* 2008). En tanto, los hallazgos concuerdan con los resultados de Mellado-Sampedro *et al.* (2011) sin diferencias por edad.

Por otro lado, en los resultados de las correlaciones se puede afirmar la asociación positiva entre cada una de las dimensiones del Perfil Promotor de Salud. Las más fuertes en los resultados se denotan entre Crecimiento espiritual con Relaciones interpersonales y Manejo del estrés; entre la Responsabilidad hacia la salud y el fomento de Relaciones Interpersonales y la Nutrición. Lo anterior puede considerarse en las aplicaciones prácticas de la promoción de la dimensión espiritual de la persona, evidenciado en su impacto positivo en las demás en las correlaciones más fuertes.

Durante el acercamiento con la comunidad en los foros, se mencionan muchas actividades que se pueden implementar en programas o proyectos del cantón a raíz de la política gestada, se observa como fortaleza el espacio físico municipal y los espacios públicos, donde muchas de estas ideas pueden ejecutarse. En dicha línea, los participantes expresan sus deseos de actividad física y deporte ejemplificando en actividades como ejercicios al aire libre y baile, prácticas de recreación como juegos de mesa, estas se reiteran en el tema de manejo del estrés concordando con lo encontrado a raíz del análisis estadístico de datos. De la misma forma para el fortalecimiento de las relaciones interpersonales priorizan el entorno, el salir “Compartir un cafecito”, es decir, espacios para el diálogo entre pares.

Sin embargo, son conscientes de la decisión y motivación personal que precede el autocuidado pues se tienen expresiones como “Hay que motivar más, por ejemplo, a los hombres que no participan” (Persona 4). Además, se señala la diferencia en cuanto al género que se evidencia la participación en las agrupaciones. Por otro lado, destacan aspectos positivos para el uso de su territorio ligado a la iluminación, a espacios para transitar de forma inclusiva: “Yo a mi mamá la llevo al parque, le doy una vuelta en la silla

de ruedas en las mañanas” (P7). Al contrario, ven barreras en la falta de aceras o espacios resbalosos por el riesgo que suscita.

Las situaciones mayormente percibidas se ligan con maltrato en diversas entidades por lo que promover una cultura de buen trato en las instituciones locales puede ser una tarea por abordar: “Falta buen trato al adulto mayor en algunos bancos, buses” (P3). Se demanda el diálogo entre los sectores y la comunidad para el tema de la atención al adulto mayor. Estas situaciones se ligan a los factores de entorno y contexto que desde el Modelo de Nola Pender, pueden ser intervenidos y favorecer el comportamiento promotor de salud.

En el tema de responsabilidad a la salud se expresa la necesidad de una consulta específica de personas especialistas en gerontología y/o geriatría en los servicios de la salud, así como que a nivel municipal “haya más profesionales que puedan visitar y más charlas de las que aquí nos dan”. Mencionan poder vincularse con trabajos finales de graduación o voluntarios que den sus servicios a la comunidad.

En el entorno se quiere tener más apropiación del espacio en la edad adulta y adulta mayor: Dando más prioridad a los adultos mayores (P6). Esto resuena al mencionar que en el espacio público se destinan lugares específicos para niños y “hasta parque para perros hay” (P2) pero no espacios pensados para dicha población.

Además, otro subtema es la participación en decisiones políticas locales. Expresan descontento por la eliminación o cierre de actividades en donde no se toma en cuenta a la población participante, como ejemplo mencionan: “Una cosa que yo no perdono y no lo perdono a la municipalidad, es que nos hayan quitado los ejercicios del estadio” (P9). O iniciativas como: “Algún proyecto o vivienda para adulto mayor ¿no sería

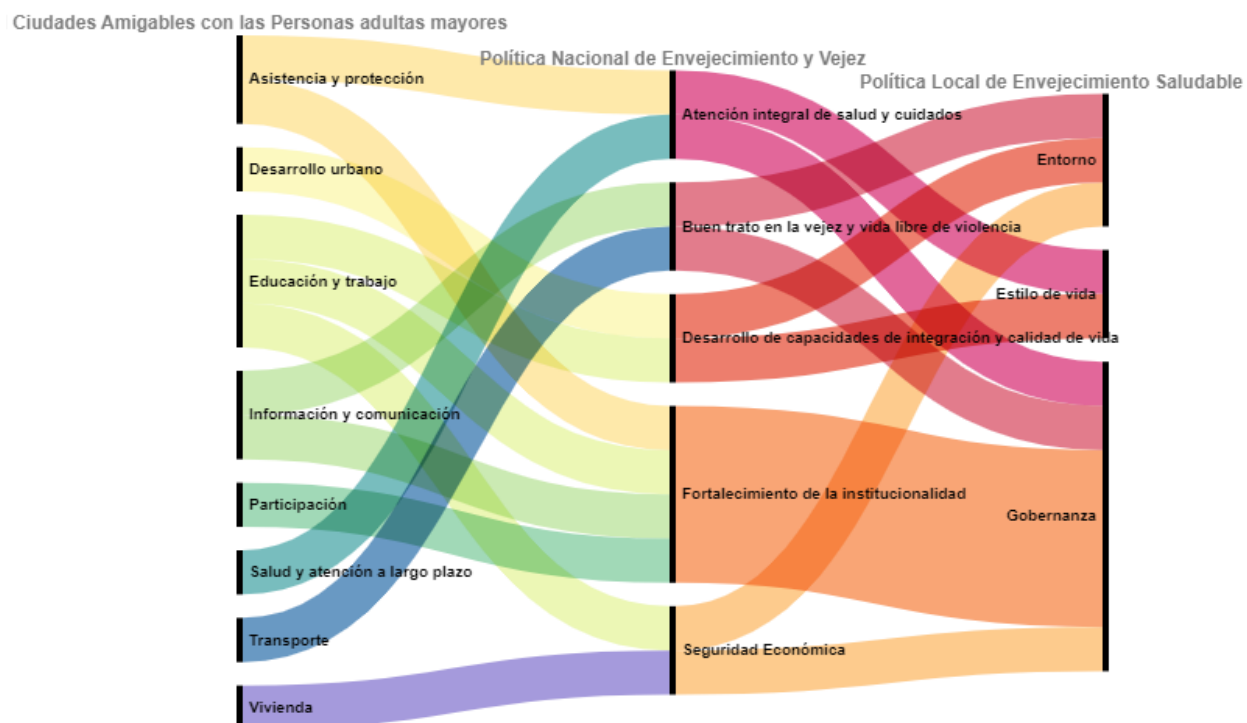
bueno?” (P11). Puntualmente una persona menciona la posibilidad de incluirles con “Participación en el Consejo” (P5).

Según el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996 citado en Aristizábal et al. 2011) las experiencias individuales definen las conductas previas diagnosticadas mediada por factores como lo biológico, psicológico y sociocultural, conociendo estas influencias personales se traslapa en el estilo de vida (Eje 1), y las influencias situacionales como las características del entorno (Eje 2) y la gobernanza (Eje 3) para poder gestionar el plan de acción que en este caso es comunitario para el alcance de las conductas promotoras de la salud que se quieren alcanzar en la población de estudio de este cantón.

A partir de la separación de estos temas mencionados, se realiza esta triangulación visible en la Figura 8, donde se entrelazan los objetivos y temas del Marco de Ciudades Amigables con las Personas adultas mayores, Política Nacional de Envejecimiento Saludable 2023-2033, buscando integrar los ejes de cada tema en la presente propuesta de Política Local de Envejecimiento Saludable.

Figura 8

Integración de ejes de políticas internacional, nacional y la propuesta local



Nota: Elaboración propia en <https://www.rawgraphs.io>.

En la búsqueda del Envejecimiento Saludable desde la ejecución en el Plan de Acción de la PLES se pretende ser un cantón promotor de salud, abordar una de las funciones esenciales de la salud pública atendiendo las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones (OPS, 2020) desde el accionar comunitario. El Modelo de la Promoción de Salud puede utilizarse como herramienta para el desarrollo de los programas cantonales que puedan ser ofertados en beneficio de los grupos poblacionales mayor de los 40 años (Salamanca-Ramos, 2015).

Se acuerda que el proceso de seguimiento y evaluación quinquenal debe sostenerse basado en los principios y enfoques definidos en la propuesta, así como ser evaluada principalmente por las personas a las cuales se dirige pues son ellos y ellas quienes pueden dar retroalimentación sobre el cumplimiento del plan de acción definido. De esta forma, se respeta el principio de la PLES centrado en la persona.

Para cerrar, cabe destacar el vínculo de la gerencia de la salud en la gestión de política pública como herramienta clave del bienestar de una comunidad mediado por la colaboración internacional, la inclusión de aspectos como planificación urbana y el ambiente, la promoción de la salud, la adecuada administración de recursos en la implementación de programas y fundamental la participación de la ciudadanía en la gestión de necesidades de salud comunitarias.

LIMITACIONES

Cabe destacar que en este apartado de análisis estadístico es aplicable a los grupos de personas adultos y adultos mayores de población cautiva del estudio. Como limitante se tiene el hecho de ser una población a conveniencia y previamente establecida, se puede en el futuro próximo realizar una investigación con una muestra probabilística que represente a la totalidad de la población curribatense en la recolección de datos cuantitativos.

Adicionalmente en los foros comunales, se puede buscar mayor participación de las personas aprovechando las sesiones de trabajo de los grupos dentro de las actividades municipales, así como la vinculación de los actores definidos para la evaluación y revisión del plan de acción actual.

CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE POLITICA PUBLICA

En este apartado se desarrollan los componentes establecidos por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) para la formulación de políticas públicas, tomando como base el diagnóstico realizado en los objetivos 1 y 2 de esta investigación. Esta política se elabora a partir de los hallazgos obtenidos en el análisis previo, con el fin de orientar las acciones y estrategias de intervención (Anexo X).

6.1. Marco legal de la Política Local para el Envejecimiento Saludable de Curridabat 2025-2030

Cuadro 1

Marco Internacional

Clasificación	Año de emisión	Nombre de normativa
Declaración	1948	Declaración Universal de Derechos Humanos
Convenciones	1969	Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José Costa Rica"
	1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
	1982	Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento en Viena
	1991	91 Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad
	1992	Proclamación sobre el Envejecimiento

1995	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Belém do Pará”
1999	Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad
2008	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo
2012	Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe
2015	Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, OEA. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
2016	Asamblea Mundial de Salud - Estrategia Mundial: Acción multisectorial para un Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida.

A continuación, se detalla el marco legal nacional, organizado por categorías como leyes, códigos, normas, políticas y protocolos.

Cuadro 2

Marco nacional

Normativa	Año de emisión	Aspectos relevantes asociados
Constitución Política	1949	Constitución Política de la República de Costa Rica <i>Artículo 21, 51, 73.</i>
Leyes	1943	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

1967	3958 Ley sobre el Desarrollo de la Comunidad
1973	5395 Ley General de Salud
1975	5412 Ley Orgánica del Ministerio de Salud
1978	6227 Ley de Administración Pública
1996	7600 Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad
	7586 Ley Contra la Violencia Doméstica
	7082 Reglamento del Seguro de Salud
1998	7771 Ley General sobre el VIH-SIDA
1999	7935 Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento
2006	8488 Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo
2007	8589 Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres
2008	8688 Ley para la Creación del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar
	8720 Ley de protección a víctimas, testigos y demás sujetos intervinientes en el proceso penal, reformas y adición al Código Procesal Penal y al Código Penal
2009	8764 Ley General de Migración y Extranjería
2010	8801 Ley de Transferencia de Competencias del Poder Ejecutivo a las Municipalidades
2013	9095 Ley Contra la Trata de Personas
2016	9222 Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos
	2014 9379 Ley para la Promoción

		de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad
		41087 - MTSS Reglamento a la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad
	2018	de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad
Código	1970	Código Penal
	1998	Código Procesal Penal
	1998	Código Municipal
Norma	2000	Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar
	2016	Norma Nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGTBI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
	2019	41632 –S Norma Nacional para la Atención Integral a personas en situación de violencia en los Servicios de Salud
Políticas o Planes		Plan Nacional de Salud 2010-2021
	2010	
		Política Nacional de Sexualidad 2010-2021
		Política Nacional de Salud 2011-2021
		Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021
	2011	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021
		Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021
	2012	Política Nacional de Salud Mental 2012-2021
		Política Nacional en Discapacidad 2011-2021
	2016	Política Nacional de Gestión del Riesgo 2016-2030
		Plan Nacional de Gestión del Riesgo 2016-2020

		Política Nacional de Atención Integral a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016-2026
	2018	Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de Vida 2018-2020 Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres 2018-2030
	2019	Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública 2019-2022
	2021	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021
	2023	Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable desde el Curso de Vida para un periodo del 2022 al 2026
	2023	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033
Protocolos		Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional
	2002	Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extra familiar
	2007	Protocolo interinstitucional de intervención para la atención de mujeres en situación de riesgo alto de muerte por violencia
	2011	Protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas de violencia sexual (primeras 72 horas de ocurrido el evento)
	2018	Protocolo Interinstitucional para la atención de personas en situación de abandono

Documentos locales/municipales	2019	Inscripción a Red Ciudades Amigables con las personas adultas mayores, Organización Mundial de la Salud.
---------------------------------------	------	--

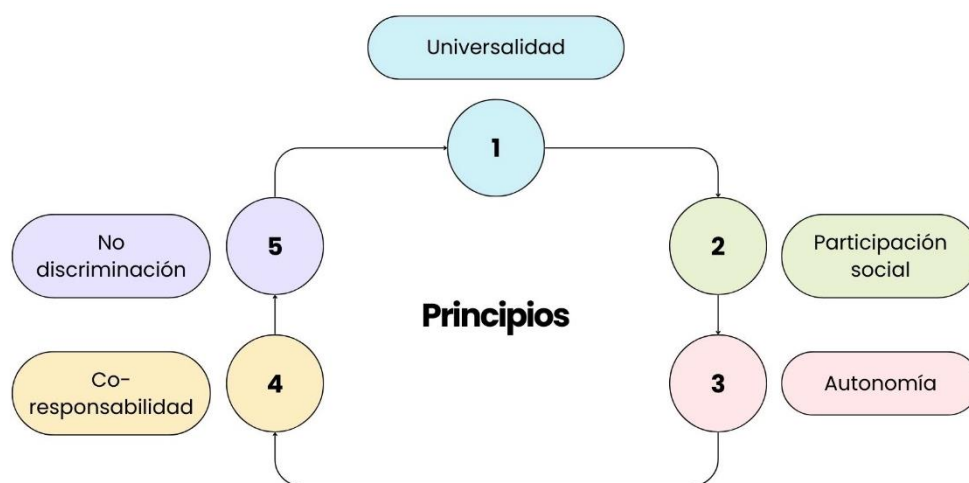
6.2. Enfoques y principios de la Política Local para el Envejecimiento Saludable de Curridabat 2025-2030

6.2.1. Principios

A continuación, se describen los principios que rigen la PLES del cantón de Curridabat con el fin de garantizar las buenas prácticas institucionales para el alcance de la calidad de vida de las personas en el proceso de envejecimiento. Los principios que rigen la Política Local para el Envejecimiento Saludable de Curridabat son la universalidad, la participación social, la autonomía, la corresponsabilidad y la no discriminación (Figura 9).

Figura 9

Principios de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del Cantón de Curridabat 2025-2030



Nota: Elaboración propia.

- Universalidad.

Accesibilidad de los servicios y derechos para toda la población, sin exclusión alguna.

- Participación social.

La participación social es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades se involucran activamente en la toma de decisiones que afectan sus vidas.

- Autonomía.

Se centra en la capacidad de los individuos y las comunidades para tomar decisiones informadas y libres sobre su vida y bienestar. Empoderar a las personas para que ejerzan control sobre sus propias vidas, respetando su dignidad y derechos.

- No discriminación

Asegura que ninguna persona sea tratada de manera desfavorable por motivos de raza, género, orientación sexual, discapacidad, religión, origen étnico, entre otros.

- Corresponsabilidad

Promueve la colaboración y el trabajo conjunto para alcanzar objetivos comunes, reconociendo la responsabilidad compartida de cada actor social en el desarrollo y bienestar de la sociedad.

6.2.2. Enfoques

Los enfoques desde los cuales se desarrolla la Política son los derechos humanos, la equidad de género, centrado en la persona y se los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la ejecución de esta, lo anterior se ilustra en la Figura 10.

Figura 10

Enfoques de Política Local para el Envejecimiento Saludable de Curridabat 2025-2030



Nota: Elaboración propia.

- Enfoque de derechos humanos.

Marco conceptual que se utiliza para guiar el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas, centrando la atención en los derechos fundamentales de las personas (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006).

- Enfoque de equidad de género.

Perspectiva que busca eliminar las desigualdades entre hombres y mujeres en todos los ámbitos de la vida, garantizando que ambos géneros tengan las mismas oportunidades, recursos y beneficios. Sin embargo, reconoce las diferencias y necesidades específicas de cada género (CEPAL, 2017).

- Centrado en la persona.

Perspectiva que pone a las personas en el centro del diseño y entrega de servicios y políticas, reconociendo sus necesidades, preferencias, y derechos individuales. Busca el respeto a la autonomía y dignidad, y su participación real en las decisiones que afectan sus vidas (OMS, 2015).

- Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Perspectiva global que busca abordar los desafíos más apremiantes del mundo, como la pobreza, la desigualdad, la injusticia y el cambio climático. Promueve el desarrollo sostenible en sus dimensiones: económica, social y ambiental, asegurando que nadie quede atrás (Naciones Unidas, 2015).

6.3. Visualización de actores de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030

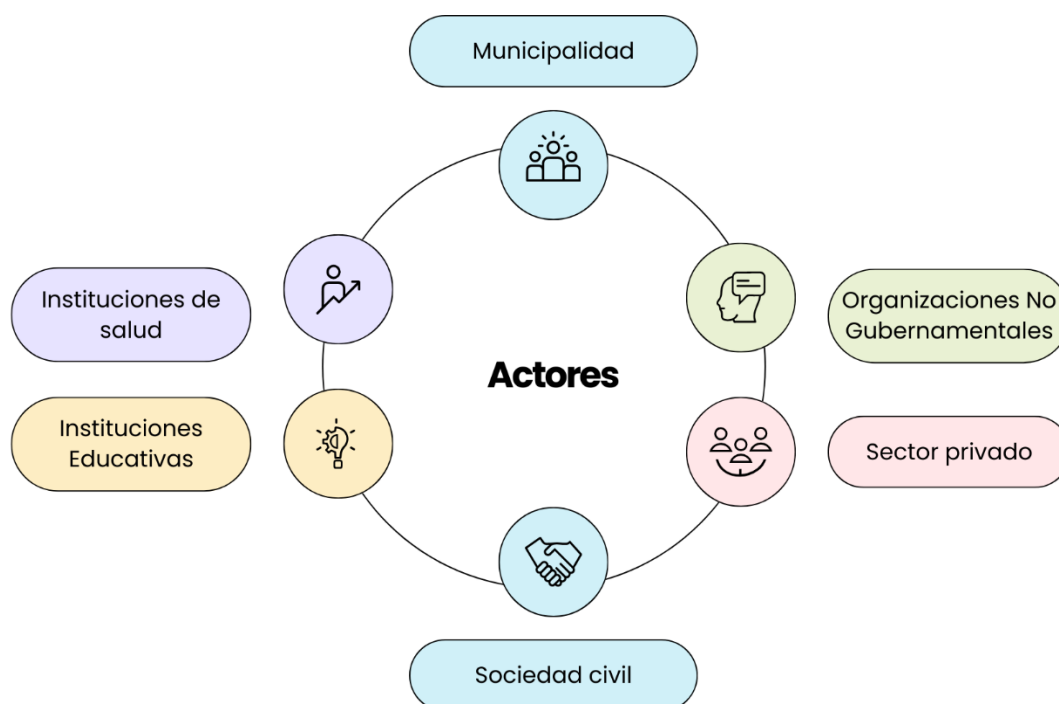
Con el fin de que la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030 se desarrolle de forma adecuada, debe gestarse la colaboración de actores clave que contribuyen al bienestar de las personas mayores en la comunidad. Los mismos son diversos y abarcan desde instituciones gubernamentales hasta organizaciones de la sociedad civil, permite reflejar la importancia de la coordinación integral y la atención multisectorial para promover el envejecimiento saludable en el cantón, así como su efectividad y sostenibilidad.

En la Figura 11 se observa la distribución de actores que interconectan entre sí en coordinación armónica para el cumplimiento de los objetivos. En ellos se incluye la

Municipalidad, las instituciones de salud, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas, sociedad civil y sector privado inclusive.

Figura 11

Actores de la PLES 2025-2030



Nota: Elaboración propia

En tanto, se describen de forma más detallada las instituciones público-privadas que pueden involucrarse como parte de la PLES 2025-2030.

Instituciones nacionales

1. Área de Salud Curridabat, Caja Costarricense del Seguro Social.
2. Área Rectora de Salud de Curridabat.
3. Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).
4. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

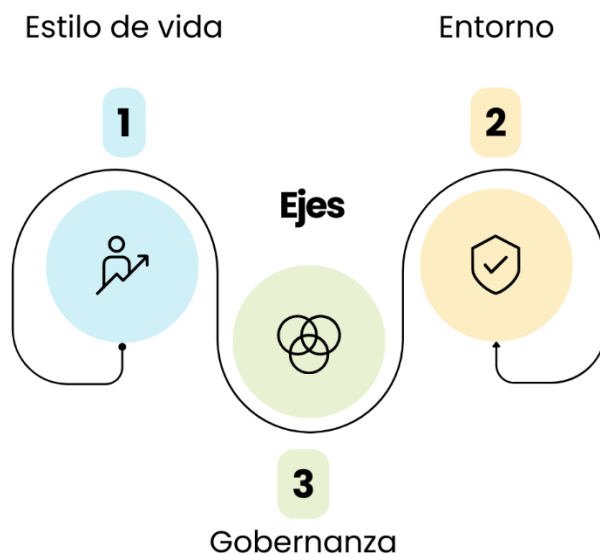
5. Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO).
6. Instituciones civiles o no gubernamentales que trabajen con la población adulta mayor del cantón.
7. Instituciones educativas, incluidas educación superior.
8. Instituciones privadas.
9. Redes comunales.

6.4. Ejes, lineamientos, objetivos, indicadores, acciones y metas de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030

En este apartado se redactan los ejes de acción de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2024-2029 sostenido en el Marco de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Adultas Mayores y la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033 de Costa Rica (Figura 12).

Figura 12

Ejes de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030



Nota: Elaboración propia

Los ejes de acción de la PLES 2025-2030 son fundamentales, ya que agrupan los temas prioritarios para alcanzar el mayor bienestar posible de las personas adultas mayores del cantón. Como se muestra en la figura, estos ejes están interrelacionados, ya que de su conjunto depende que una persona pueda satisfacer sus necesidades para un envejecimiento saludable. Esto depende tanto del estilo de vida del individuo, como del entorno que lo rodea y del marco local que facilite ese desarrollo.

Eje 1: Estilo de vida

Justificación

El estilo de vida se establece como el eje central de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030, debido a su enfoque en la persona. La política pública busca incentivar a cada individuo a mejorar su

autocuidado, promoviendo cambios intrínsecos en ideas, valores y conductas. Estos cambios son fundamentales para fomentar una vida saludable, reconociendo que están influenciados por factores ambientales y la gestión cantonal de los recursos.

Objetivo estratégico

Promover el estilo de vida saludable en la población adulta y adulta mayor en el cantón de Curridabat a partir del 2024.

Objetivos específicos

- Incentivar prácticas saludables de gestión del estrés, la nutrición y las relaciones interpersonales en la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.
- Favorecer espacios para el fortalecimiento de actividad física y el ejercicio en las comunidades para la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.
- Estimular el uso y mantenimiento de espacios públicos en las comunidades para la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.

Eje 2: Entorno

Justificación

El entorno en el que las personas se desenvuelven es crucial para alcanzar su máximo potencial en términos de calidad de vida e integración al espacio físico. Este eje reconoce la importancia de un entorno saludable y accesible, que no solo facilita la movilidad y la interacción social, sino que también promueve el bienestar general y la participación equitativa de la comunidad en su entorno.

Objetivo estratégico

Facilitar el desarrollo del máximo potencial de las personas adultas y adultas mayores en su integración con la comunidad cantonal.

Objetivos específicos

- Promover espacios públicos que favorezcan el bienestar físico, social y mental en el cantón de Curridabat.
- Supervisar el acceso a los servicios básicos de transporte, vivienda, trabajo y educación de la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.
- Incentivar la participación social en la gestión del entorno de los habitantes del cantón de Curridabat mayores de 40 años.

Eje 3: Gobernanza

Justificación

El rol de la gestión política municipal es fundamental para garantizar una vida digna en todas las etapas del ciclo vital. La capacidad de la comunidad para crear y mantener condiciones adecuadas para un envejecimiento saludable debe ser un eje central que guíe la acción comunal. Esta gobernanza efectiva asegura que las políticas y recursos estén alineados con las necesidades de la población, facilitando un entorno en el que todos los ciudadanos puedan disfrutar de una vida plena y digna.

Objetivo estratégico

Impulsar las capacidades y condiciones de las instituciones locales para el disfrute de una vida pacífica y un trato digno en la vejez.

Objetivos específicos

- Mejorar los canales de comunicación y acceso a la información para las personas adultas mayores, garantizando su derecho a estar informadas sobre los servicios y recursos disponibles en las instituciones públicas del cantón.
- Promover una cultura de respeto y buen trato hacia las personas adultas mayores, implementando estrategias para prevenir y erradicar todas las formas de violencia en la vejez.
- Desarrollar programas intersectoriales, intergeneracionales y actividades que potencien la integración social de las personas adultas mayores.
- Corroborar las capacidades y recursos de las instituciones locales para proteger y promover los derechos de las personas adultas mayores del cantón, asegurando una respuesta eficaz y coordinada a sus necesidades.

6.5. Modelo de gestión de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030

El trabajo de gestionar este marco político local es intersectorial: Instituciones públicas o estatales, locales, sector privado ubicadas en el espacio que rige el Gobierno Local y corresponde a estrategias transdisciplinarias debido a la diversidad de ejes de acción planteados.

Coordinación local

Municipalidad de Curridabat, Centro de Envejecimiento Activo.

Comisión interinstitucional: Red de Envejecimiento Saludable del Cantón.

- Municipalidad de Curridabat.

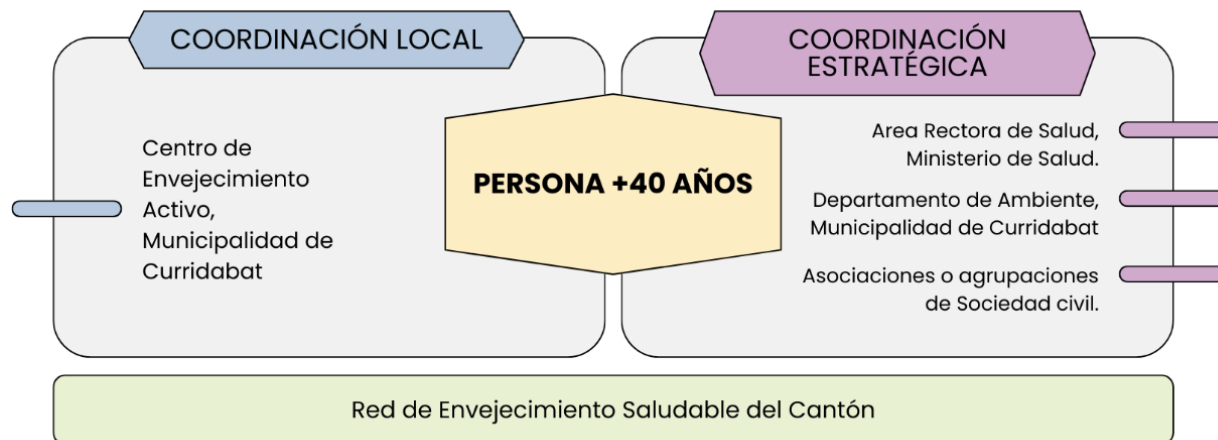
- Área de Salud Curridabat, Caja Costarricense del Seguro Social.
- Área Rectora de Salud de Curridabat, Ministerio de Salud.
- Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).
- Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO).
- Instituciones civiles o no gubernamentales que trabajen con la población adulta mayor del cantón.
- Instituciones privadas.
- Redes comunales.

Núcleos de coordinación

Por ejes temáticos. Se inicia el Modelo de Gestión de la PLES como se evidencia en la Figura 13, donde la coordinación inicial se propone con rotación bianual por cada eje de acción. La coordinación local se puntualiza en el espacio municipal que trabaja con la población adulta mayor de Curridabat, en este caso el Centro de Envejecimiento Activo y la coordinación estratégica se comparte con instituciones fundamentales para el alcance de los objetivos de los ejes estilo de vida, entorno y gobernanza. Se recomienda la creación de una Red de Envejecimiento Saludable para el cantón, que sirva como un espacio de encuentro y colaboración entre los actores sociales mencionados previamente.

Figura 13

Modelo de Gestión de la PLES 2025-2030 y su Plan de Acción



Nota: Elaboración propia.

Instancia de consulta

- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).
- Ministerio de Salud de Costa Rica.
- Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, Organización Panamericana de la Salud.

6.6. Modelo de Evaluación, Seguimiento y Rendición de Cuentas (ESR) de la Política Local para el Envejecimiento Saludable 2025-2030

Se establecen instancias del sistema de evaluación, seguimiento y la rendición de cuentas utilizando

1. Coordinación local: Municipalidad.
2. Comisión interinstitucional de coordinación y seguimiento.

3. Núcleos de Coordinación Estratégica: Formular por eje de la PLES.
4. Consejo Consultivo de Personas Adultas Mayores.
5. Otras instancias externas.

Cuadro 3

Sistema de Seguimiento y Evaluación

Sistema de Seguimiento			
Función	Responsables	Periodicidad	Productos
Verificación de implementación del Plan de Acción de la PLES 2025-2030.	Municipalidad de Curridabat, Responsabilidad Social, Centro de Envejecimiento Activo.	Anual	Informe
		Bianual (Primera 2027, Segunda 2029)	Encuesta de percepción a la ciudadanía según los objetivos de los ejes de la PLES 2025-2030.
Proceso de evaluación			
Evaluación y mejora de implementación del Plan de Acción de la PLES 2025-2030. Evaluación de resultados del Plan de Acción de la PLES 2025-2030.	Municipalidad de Curridabat	Quinquenal (Inicio en 2029)	Diagnóstico de cumplimiento de PLES. Medidas correctivas o ajustes al Plan de acción, si aplica.

6.7. Plan de Acción de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030

Cuadro 4

Eje Estilo de Vida

Objetivos específicos	Subtema	Acción estratégica	Indicadores	Meta	Recursos	Responsable	Período
Incentivar prácticas saludables de gestión del estrés, la nutrición y las relaciones interpersonales en la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.	Manejo del Estrés Nutrición Relaciones interpersonales	Implementar un programa integral de bienestar dirigido a la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat, que incluya talleres comunitarios de gestión del estrés, asesoría nutricional, y actividades	Número de programas/proyectos implementados. Cantidad de actividades realizadas. Número de participantes por distrito.	Tener un programa sectorizado por distrito para atender a la población mayor de 40 años del cantón. El 70% de los participantes en actividades grupales reportan una mejora en sus	Presupuesto para desarrollo de programa. Encuestas sobre percepción de apoyo social antes y después de las actividades.	Centro de Envejecimiento Activo municipal	2025-2030

<p>Promover espacios para el fortalecimiento de actividad física y el ejercicio en las comunidades para la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.</p>	<p>Actividad física Responsabilidad hacia la salud</p>	<p>grupales para fortalecer las relaciones interpersonales.</p> <p>Desarrollar y mantener espacios recreativos al aire libre y gimnasios urbanos en diversas comunidades del cantón de Curridabat, específicamente diseñados para la población mayor de 40 años.</p>	<p>Cantidad de espacios municipales utilizados por la población para actividad física o ejercicio.</p> <p>Número de participantes por actividad.</p> <p>Cantidad de actividades realizadas por Municipalidad.</p>	<p>relaciones interpersonales y en el apoyo social.</p> <p>Al finaliza el quinquenio lograr tener espacios recreativos en cada distrito del cantón.</p> <p>Aumento del 30% de la participación de población adulta en actividades municipales</p>	<p>Presupuesto para mejora de espacio público.</p> <p>Observación directa</p> <p>Fotografías</p> <p>Encuestas de antes y después de la implementación de actividades.</p>	<p>Centro de Envejecimiento Activo municipal</p>	<p>2025-2030</p>
---	--	--	---	---	---	--	------------------

		Organizar eventos comunitarios para fomentar la cultura de ejercicio regular.	Cantidad de actividades realizadas por distrito.				
Estimular el uso y mantenimiento de espacios públicos en las comunidades para la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.	Relaciones interpersonales Gestión del estrés Crecimiento espiritual	Implementar un programa comunitario que promueva el uso regular de espacios públicos (parques, plazas, áreas verdes) para actividades recreativas, culturales y deportivas dirigidas a la	Cantidad de espacios municipales Número de participantes de eventos. Cantidad de eventos realizados.	Lograr la participación del 30% de la población mayor de 40 años en las actividades comunitarias realizadas en los espacios públicos cantonales.	Observación directa y fotografías de implementación del programa.	Centro de Envejecimiento o Activo municipal. Municipalidad de Curridabat.	2025-2030

población
mayor de 40
años.

Al menos el
80% de los
usuarios de los
espacios
públicos se
sienten
seguros y
satisfechos con
las condiciones
del lugar
(accesibilidad,
limpieza,
infraestructura)

Nota: Indicadores adaptados de Community Health Indicators Toolkit (2006), y Fawcett, *et al.* (2001). Acciones estratégicas adaptadas de ChatGPT (2024).

Cuadro 5*Eje Entorno*

Objetivos específicos	Subtema	Acción estratégica	Indicadores	Meta	Recursos	Responsable	Período
Promover espacios públicos que favorezcan el bienestar físico, social y mental en el cantón de Curridabat.	Espacio público	Desarrollar y acondicionar espacios públicos para que sean inclusivos, accesibles y seguros para la recreación física, áreas para la interacción social y la realización de actividades culturales y de relajación.	Cantidad de espacios públicos adaptados a la población adulta y adulta mayor. Cantidad de espacios públicos accesibles para personas con movilidad reducida. Cantidad de intervenciones para mejoras	Al menos el 70% de los espacios públicos en el cantón de Curridabat están habilitados y adaptados para el uso de la población mayor de 40 años. Al menos el 80% de los espacios públicos del cantón son evaluados para	Presupuesto para mantenimiento de espacio público. Observación directa y encuestas de uso antes y después de la implementación del programa.	Municipalidad de Curridabat.	2025-2030

<p>Supervisar el acceso a los servicios básicos de transporte, vivienda, trabajo, servicios de salud y educación de la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.</p>	<p>Acceso a servicios básicos</p>	<p>Implementar un sistema de monitoreo continuo que evalúe la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios básicos de transporte, vivienda, trabajo y educación para la población mayor de 40 años. Este sistema también incluirá el análisis de las barreras que limitan el</p>	<p>dirigidas a población adulta y adulta mayor en espacios públicos</p> <p>Número de opciones disponibles para cuidado de salud pública o gratuita.</p> <p>Número de opciones disponibles para cuidado de salud privada.</p> <p>Número de opciones disponibles para educación de adultos en el cantón.</p>	<p>mejorar condiciones para la población adulta a partir de 40 años.</p> <p>Elaborar lista de servicios por sector para personas mayores de 40 años en el cantón, disponible para consulta pública para el año 2027.</p> <p>Realizar/ analizar evaluaciones sobre transporte, vivienda, trabajo y educación una vez al año.</p>	<p>Encuestas anuales a población sobre los servicios locales</p> <p>Buzón o espacio digital para atención de quejas</p>	<p>Municipalidad de Curridabat.</p> <p>Centro de Envejecimiento o Activo municipal.</p>	<p>2025-2030</p>
---	-----------------------------------	--	--	---	---	---	------------------

<p>acceso a estos servicios y promoverá la formulación de recomendaciones para mejorar su acceso.</p>	<p>Número de opciones disponibles para transporte público en el cantón.</p>	<p>Incrementar en un 20% el acceso a oportunidades de educación no formal e informal (cursos, talleres, capacitaciones) para la población mayor de 40 años.</p>
	<p>Número de opciones de vivienda en el cantón con facilidades para adulto mayor.</p>	
	<p>Número de opciones disponibles para cuidado de salud mental.</p>	
	<p>Número de centros de cuido</p>	

diurno del cantón.

Número de hogares de larga estancia del cantón.

Número de quejas sobre servicios básicos en el cantón.

Incentivar la participación social en la gestión del entorno de los habitantes del cantón de

Entorno Participación social

Fomentar la creación y fortalecimiento de comités comunitarios intergeneracionales que incluyan la participación de la población mayor de 40 años en la

Número de comités comunitarios intergeneracionales formados.
Cantidad de proyectos o actividades intergeneracionales

Establecer al menos 1 comité intergeneracional en el cantón.
Implementar al menos 2 proyectos comunitarios intergeneracionales

Presupuesto para desarrollo de programa.

Centro de Envejecimiento o Activo municipal.
Municipalidad de Curridabat.

2025-2030

Curridabat mayores de 40 años.	gestión y mejora del entorno.	es comunitarios ejecutados anualmente. Nivel de satisfacción de los participantes mayores de 40 años	es al año con la participación de personas mayores de 40 años. Alcanzar un nivel de satisfacción del 70% o más en las encuestas anuales realizadas a los participantes mayores de 40 años.
---	----------------------------------	---	---

Nota: Indicadores adaptados de Community Health Indicators Toolkit (2006), y Fawcett, *et al.* (2001). Acciones estratégicas adaptadas de ChatGPT (2024).

Cuadro 6*Eje Gobernanza*

Objetivos específicos	Subtema	Acción estratégica	Indicadores	Meta	Recursos	Responsable	Período
Mejorar los canales de comunicación y acceso a la información para las personas adultas mayores, garantizando su derecho a estar informadas sobre los servicios y recursos disponibles en	Comunicación local	Desarrollar y consolidar una red de comunicación multicanal accesible para las personas adultas mayores, mediante la implementación de puntos de información física, campañas de difusión en medios	Número de puntos de información físicos establecidos en el cantón. Porcentaje de personas adultas mayores capacitadas en alfabetización digital. Cantidad de campañas de difusión realizadas anualmente	Instalar al menos 1 punto de información en lugares estratégicos de cada distrito. Comunicación de actividades por distritos al menos una vez al mes. Establecer buzón de	Presupuesto de comunicación. Pizarra informativa por distrito Material publicitario Presupuesto para publicidad: oral, impresa,	Centro de Envejecimiento Activo municipal. Municipalidad de Curridabat.	2025-2030

las instituciones públicas del cantón.

tradicionales (radio, prensa) y digitales

sugerencias en Centros comunitarios distritales para el 2025 e informe anual. auditiva, digital. Buzón de sugerencias manual/digital.

Promover una cultura de respeto y buen trato hacia las personas adultas mayores, implementando estrategias para prevenir y erradicar todas las formas de

Lucha contra el edadismo

Desarrollar e implementar un programa integral de sensibilización y prevención de la violencia hacia las personas adultas mayores, que incluya campañas educativas en la comunidad, capacitación a Cantidad de campañas enfocadas en educar a la comunidad sobre el respeto y el buen trato hacia las personas adultas mayores. Encuestas periódicas para medir el conocimiento de la comunidad acerca de los derechos de

Ejecutar al menos 3 campañas anuales en medios tradicionales y digitales. Realizar encuesta anual a personas adultas y mayores

Presupuesto de comunicación

Centro de Envejecimiento Activo municipal.

2025-2030

violencia en la vejez.

funcionarios públicos y cuidadores, para la denuncia y atención oportuna de casos de violencia.

las personas adultas mayores y los canales para denunciar violencia.

Número de trabajadores municipales y externos locales que han recibido formación en prevención y manejo de situaciones de violencia.

Cuantificar reportes de incidentes de violencia ocurridos en el cantón a personas adultas mayores.

sobre conocimiento de canales de denuncia.

Ejecutar al menos 1 taller al año para funcionarios municipales y externos.

Capacitar al 50% de los funcionarios públicos y cuidadores del cantón.

Reducir los incidentes reportados en un 10%

				respecto al año anterior.			
Desarrollar programas intersectoriales y actividades que potencien la integración social de las personas adultas mayores.	Integración social	Implementar un programa de integración social intersectorial que coordine a diferentes instituciones y organizaciones, promoviendo actividades recreativas, culturales y educativas, y fomentando la participación activa de las personas adultas	<p>Cantidad de programas y actividades desarrolladas en colaboración con distintos sectores (salud, educación, cultura, deporte, etc.).</p> <p>Cantidad de personas adultas y adultas mayores que participan activamente en los programas y actividades.</p> <p>Cantidad de sectores</p>	<p>Creación de la Red de Envejecimiento Saludable del Cantón con los actores sociales públicos y privados implicados en el tema del cantón.</p> <p>Implementar al menos 2 proyectos intersectoriales de</p>	Presupuesto para desarrollo de programa.	Centro de Envejecimiento o Activo municipal.	2025-2030

<p>mayores en iniciativas comunitarias, con un enfoque en la inclusión y diversidad.</p>	<p>involucrados en el desarrollo de proyectos/actividades.</p> <p>Frecuencia de actividades recreativas, culturales y educativas organizadas en el cantón, segregadas por distrito.</p>	<p>integración social por año.</p> <p>Involucrar al menos 4 sectores diferentes (salud, cultura, deporte, educación) en las actividades para el 2027.</p> <p>Involucrar al menos 6 sectores diferentes (salud, cultura, deporte, educación) en las actividades para el 2030.</p>
--	---	--

Lograr que al menos el 25% de las personas adultas mayores del cantón participen en los programas intersectoriales.

Para el 2030 al menos 12 actividades para adultos y adultos mayores al año por distrito (1 al mes).

<p>Corroborar las capacidades y recursos de las instituciones locales para proteger y promover los derechos de las personas adultas mayores del cantón, asegurando una respuesta eficaz y coordinada a sus necesidades.</p>	<p>Capacidad institucional local</p>	<p>Realizar una evaluación integral y fortalecimiento institucional para identificar las capacidades y recursos existentes en las instituciones locales, y desarrollar un plan de mejora interinstitucional que garantice la protección y promoción de los derechos de las personas</p>	<p>Número de instituciones locales evaluadas en cuanto a su capacidad y recursos.</p> <p>Porcentaje de instituciones locales con protocolos de atención a personas adultas mayores implementados.</p> <p>Nivel de satisfacción de las personas adultas mayores con los servicios de las instituciones municipales y locales.</p>	<p>Evaluar al menos 5 instituciones locales claves en el cantón para el 2027.</p> <p>Evaluar al menos 10 instituciones locales claves en el cantón para el 2030.</p> <p>Lograr que el 60% de las instituciones locales cuenten con protocolos específicos de atención a personas</p>	<p>Presupuesto para desarrollo de programa.</p>	<p>Municipalidad de Curridabat 2025-2030</p>
---	--------------------------------------	---	--	--	---	--

adultas
mayores.

adultas
mayores para
el 2030.

Alcanzar un
85% de
satisfacción
en las
encuestas
sobre la
atención
recibida.

Nota: Indicadores adaptados de Community Health Indicators Toolkit (2006), y Fawcett, *et al.* (2001). Acciones estratégicas adaptadas de herramientas de IA: ChatGPT (2024) y Copilot (2024).

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Para cerrar este apartado se sintetizan las conclusiones generales de la investigación realizada:

La población sociodemográfica de esta investigación estuvo conformada por personas a partir de los 40 años de edad, predominando las mujeres, residentes de todos los distritos del cantón de Curridabat, especialmente del distrito central. En su mayoría, los participantes tuvieron un nivel de escolaridad universitaria, con un estado civil no unido y no participaban en actividades económicas remuneradas. La mayoría de los participantes poseían vivienda propia y vivían acompañados.

En cuanto al estilo de vida, tanto los adultos y adultos mayores mostraron un perfil promotor de la salud categorizado como bueno. No se encontraron diferencia estadísticamente significativa por sexo ni distrito de residencia. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas en el manejo del estrés en cuanto a la variable edad, entre el grupo de 40 años a 64 años inclusive y las personas de 65 años o más, lo que indica necesidad de un enfoque diferenciado por grupo etario.

Se determina en los foros comunales las barreras que perciben para el alcance del envejecimiento saludable, las cuales incluyen: maltrato, inseguridad, aislamiento y soledad, entorno no inclusivo. Además, se identificaron fortalezas como la disponibilidad de espacios públicos y centros comunitarios, iluminación y opciones para la recreación

en el cantón, lo que demuestra el potencial cantonal para promover el bienestar de su población.

Las dimensiones con mayor correlación positiva en el estilo de vida son el crecimiento espiritual y la responsabilidad hacia la salud, por lo que se sugiere el fomento de éstas para multiplicar el efecto en otras dimensiones del bienestar. Los factores de estilo de vida y manejo del estrés presentaron los puntajes más bajos en los resultados globales, lo que muestra áreas prioritarias para intervenciones futuras.

Los temas específicos para promover salud en la etapa de la adultez y adultez mayor en el cantón de Curridabat se agrupan en tres áreas claves: favorecer el estilo de vida saludable, la mejora del entorno físico y social y el fortalecimiento de la participación política. Estos hallazgos fueron la base para definir los ejes estratégicos del plan de acción de la PLES 2025-2030, los cuales son Estilo de Vida, Entorno y Gobernanza. Alineados, además, en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033 y el marco de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, garantizando coherencia y pertinencia con la realidad local como global.

Es importante destacar que la definición de la política pública por el solo hecho de estar escrita no genera cambios realmente significativos, la implementación efectiva y asignación del presupuesto son esenciales para el alcance de los objetivos. Lo que, a largo plazo, se nutre de las evaluaciones periódicas para darle continuidad o reformular lo necesario para la adecuada adaptación de las estrategias cantonales.

Se logró identificar durante este proceso que en la formulación de políticas públicas la mediación de las partes interesadas es clave, especialmente a nivel de gobierno local y debe centrarse en la experiencia de las personas residentes, siendo éstas una fuente confiable y fundamental de información. Este insumo pretende ser un paso para la construcción de un municipio que responda a la transición demográfica que atraviesa el país y el mundo.

Además, la utilización de la metodología elegida demostró ser altamente efectiva para la elaboración de los diagnósticos de situación que son necesarias para dar soporte a la propuesta por nutrir de forma recíproca la información cuantitativa y cualitativa recolectada.

Finalmente, como investigadora, quisiera destacar desde la experiencia personal el trabajo del equipo asesor, el equipo municipal y las personas participantes del estudio, ya que, sin su colaboración, este proyecto no habría sido posible. La interacción de estos actores fue fundamental para el desarrollo de la propuesta. Además, los desafíos y limitantes que surgieron fueron capaces de ayudar en el desarrollo de la resiliencia como profesional, así como fomentar habilidades de comunicación, compromiso y perseverancia para alcanzar las metas propuestas.

RECOMENDACIONES

A los gobiernos locales.

- Se motiva a las Municipalidades del país a abordar el fenómeno del envejecimiento poblacional desde sus realidades locales, centrando sus acciones en el bienestar de las personas desde el diseño e implementación de estrategias. Estableciendo políticas y programas que promuevan un envejecimiento saludable, que garantice inclusión y respeto a esta población en aumento.
- Se recomienda aumentar la participación de profesionales de salud pública en la gestión de políticas locales, aprovechando su perspectiva integral que considera la salud de las personas, los ambientes y la comunidad. La incorporación de estos profesionales en el diseño y ejecución de políticas municipales enriquecerá las estrategias de intervención, promoviendo un enfoque más holístico y sostenible para el bienestar colectivo.

A la Municipalidad de Curridabat

- Se recomienda a la Municipalidad de Curridabat establecer un Consejo Consultivo de Personas Adultas Mayores, con el objetivo de brindarles un espacio formal de participación en las sesiones de trabajo y en los procesos de toma de decisiones que impacten a esta población. Este consejo permitiría incorporar las perspectivas y necesidades de las personas adultas mayores en la planificación de políticas y programas locales, promoviendo una gestión más inclusiva y alineada con los principios de envejecimiento activo y saludable. Además, fortalecería el

empoderamiento y la participación comunitaria de este grupo, asegurando que sus derechos y bienestar sean prioritarios en la agenda municipal.

- De igual forma, incluir en los Centros Comunitarios espacios gestados por personas jubiladas voluntarias expertas en temas específicos que puedan capacitar a otras personas interesadas de diversos grupos etarios.
- En cuanto a la gestión política de esta propuesta, se recomienda la ampliación del diagnóstico local en las agrupaciones municipales y grupos de los actores sociales identificados, así como a la población en general mayor de 40 años de edad, así como su repetición quinquenal para poder reformular los cambios o modificaciones pertinentes para la política local futura.

A las personas adultas y adultas mayores del cantón Curridabat

- Les insto a mantener y aumentar sus espacios de comunicación con el gobierno local, ya que su voz es fundamental para representar a quienes no pueden expresarse o no son escuchados. Se les anima a continuar ejerciendo su derecho a la participación e incidencia política, ya que los cambios surgen desde quienes habitan y conocen el territorio. Su apropiación y empoderamiento es clave para impulsar en sus vidas el estilo de vida saludable, entornos inclusivos y una gobernanza que favorezca el envejecimiento saludable para toda la comunidad curribatense.
- Porque es de las personas que viven en el espacio de donde debe surgir su apropiación y su empoderamiento por la salud y el bienestar de todos, especialmente pensando fomentar un estilo de vida, un entorno idóneo y gobernanza para un envejecimiento saludable.

Al Ministerio de Salud, Area Rectora de Salud de Curridabat

- Se recomienda incentivar proyectos de promoción de la salud dirigidos a la población adulta y adulta mayor mediante el fortalecimiento de redes interinstitucionales. Esto implica la colaboración entre instituciones de salud, gobiernos locales, organizaciones comunitarias, universidades y el sector privado para diseñar e implementar iniciativas integrales que aborden los determinantes de la salud. La creación de estas alianzas permitirá optimizar recursos, compartir conocimientos y experiencias, y aumentar el alcance de los programas, promoviendo estilos de vida saludables y mejorando la calidad de vida de estas poblaciones a través de intervenciones sostenibles y adaptadas a sus necesidades específicas.

A la Universidad de Costa Rica

- Como investigadora considero fundamental destacar que, dada la dimensión comunitaria y política de la propuesta, fue crucial contar con un enfoque multidisciplinario tanto en el comité investigador como entre los profesionales de la Municipalidad. Esta colaboración permitió una visión integral del proyecto y una respuesta más efectiva a las necesidades del cantón. Por tanto, recomiendo enfáticamente fomentar el trabajo colaborativo guiado en futuras iniciativas similares, ya que fortalece la sinergia entre distintas disciplinas y facilita la implementación de políticas públicas más inclusivas y sostenibles.

REFERENCIAS

- Alcaldía de Medellín. (2017). Política Pública de Envejecimiento y Vejez Plan Gerontológico 2017-2027. <https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2023/01/4.23-Plan-Gerontologico-2017-2027-Medellin.pdf>
- Alfaro, N., & Segura, G. (2023). Informe de Encuesta: Percepciones sobre las personas adultas mayores en Costa Rica. [Documento en pdf]. <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/26828>
- Alfaro-Alfaro N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Sal Jal*;1(1):36-46. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Al-Kandari F, Vidal V, Thomas D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among college of nursing students in Kuwait: a correlational study. *Nursing and Health Sciences*; 10: 43-50. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00370.x>
- Alvarado, A., Bandera, A., Carreto, B, Pavón, R., Alejandre, G. (2020). Etiología y fisiopatología del SARS-CoV-2. *Rev Latin Infect Pediatr.*; 33 (s1): s5-s9. <https://dx.doi.org/10.35366/96667>
- Aquije, M., López, M., & Garay, D. (2021). Participación ciudadana en los gobiernos locales: una revisión latinoamericana. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 10070-10091. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.1054
- Araya, J., Campos, J., Chinchilla, A; Navarro, J., Porras, N. (2015). Política social para la población adulta mayor en Costa Rica. Seminario de graduación. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social. <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/2799>

- Araya, J., Campos, J., Chinchilla, A; Navarro, J., Porras, N. (2015). Política social para la población adulta mayor en Costa Rica. Seminario de graduación. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social.
<https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/2799>
- Arias, M. S. y Gutiérrez, Y. (2020). Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(2).
<https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.39979>
- Arias, (2018). Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú: un análisis desde los determinantes estructurales e intermedios del modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Seminario de graduación. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública.
<https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/7204>
- Aristizábal, G, & Blanco, D, & Sánchez, A, & Ostiguín, RM. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4),16-23.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>.
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es.

- Badilla, K & Salazar, D. (2020). Plan de acción interinstitucional basado en la corresponsabilidad en salud, para el abordaje integral de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años, en los cantones de Alajuelita y Escazú, durante el 2020. Proyecto de graduación. Promoción de la salud. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública.
<https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/18238>
- Barrón, M., Mardones, M., Vera, S., Ojeda, G., & Rodríguez, F. (2006). Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile. *Theoria*, 15(1),33-44.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29915104>
- Bennasar, M. (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. Tesis doctoral. Universidad de les Iles Balears.
<http://hdl.handle.net/11201/151910>
- Bolaños, J., Guevara, R., Mesén, M., & Sigarán, M. (2018). Hacia la construcción de ciudades inclusivas para personas adultas mayores: propuesta metodológica para el cantón de Curridabat. [Tesis de grado] Universidad de Costa Rica.
<https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/items/5268f40e-c0b5-4e16-ba2a-c8326be962fd>
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 409-422.
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500004&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500004&lng=es&tlng=es)

- Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. (2006). Vol 7. *Revista Chilena de Medicina Familiar*. 6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Bangkok, Tailandia.
- Castillo, M. (2019). Breve análisis sobre el diseño teórico de la investigación cualitativa en la construcción del conocimiento científico. *Retos de la Ciencia*, 3(6), pp. 1-9. <https://core.ac.uk/display/229098026>
- Castro, P. (2022). Proyecto Gerontológico para fomentar la participación y la autonomía mediante el marco político del envejecimiento activo en personas participantes de la Asociación de Atención Integral de la Tercera Edad de Alajuela. Trabajo final de graduación de Maestría. Programa de Estudios del Posgrado en Gerontología. <https://hdl.handle.net/10669/88420>
- CDC. (2023). Health in All Policies: Policy, Performance, and Evaluation. <https://www.cdc.gov/policy/hiap/index.html>
- Cerón, C. (2012). Editorial. *Universidad y Salud*, 14(2), 115. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200001&lng=en&tlng=es.
- Chávez, A., Vidal D, Merino J.M. Determinantes Sociales de la Salud y Conductas Vinculadas a Salud. Comuna de Coronel, Región del Bío-Bío, Chile. *Cuad. méd-soc*. 2010; 50(1): 39-48. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9510477.pdf>
- Cid, P., Merino, J., Stieповich J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*; 134: 1491-1499. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001200001>

Constitución Política de la República de Costa Rica. (1948). Legislación nacional. Costa Rica.

Cueto, M. (2020). La salud global, la salud planetaria y los historiadores. *Quinto Sol*, 24(3), pp. 1-21, <https://doi.org/10.19137/qs.v24i3.4834>

Díaz, J. (2021). Proyecto gerontológico de preparación para la jubilación, centrado en el proyecto de vida, para personas funcionarias del Instituto Nacional de Aprendizaje. Trabajo final de graduación. Programa de Estudios del Posgrado en Gerontología <https://hdl.handle.net/10669/85395>

Díez, J., Gullón, P., Sandín Vázquez, M., Álvarez, B., Martín, M., Urtasun, M., Gamarra, M., Gittelsohn, J., & Franco, M. (2018). A Community-Driven Approach to Generate Urban Policy Recommendations for Obesity Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 635. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040635>

Durán, S., Sánchez, H., Valladares, M., López, A., Valdés-Badilla, P., & Herrera, T. (2017). Actividad física y perfil de estilos de vida promotores de la salud en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 145(12), 1535-1540. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001201535>

Enríquez, M., Peche, P., Ibarra, A., Gómez, E., Villarreal, A., & Medina, R. (2022). Propiedades psicométricas de la versión en español del instrumento Health-Promoting Lifestyle Profile-II en universitarios mexicanos. *Enfermería Global*, 21(66), 398-423. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.490521>

Enríquez-del Castillo, L., González, J., Flores, L., Domínguez, S., Cervantes, N., & Viera, A. (2022). Estilo de vida activo según nuevas directrices de la OMS: ¿una influencia

sobre la aptitud física, composición corporal y calidad de vida en mujeres mayores?

Revista Ciencias de la Actividad Física UCM, 23,1-13.

https://doi.org/10.29035/rcaf.23.Especial_IHMN.2

Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P, Sáez Carrillo K, Buelna-Barrueta V, Contreras-Murrieta D, Godínez-Morales B, Franco-García F. (2019). Sentido de coherencia y estilo de vida promotor de salud en estudiantes del noroeste de México. *Av Enferm*; 37(3): 313-322. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78060>

Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Schultz, J., Richter, K. P., Berkley-Patton, J., Fisher, J. L., Lewis, R. K., Lopez, C. M., Russos, S., Williams, E. L., Harris, K. J., & Evensen, P. (2001). Evaluating community initiatives for health and development. *WHO regional publications. European series*, (92), 241–270. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11729774/>

Fernández, A, & Vela, L. (2021). Los paradigmas y las metodologías usadas en el proceso de investigación: una breve revisión. Universidad de Alicante. Departamento de Geografía Humana. <http://hdl.handle.net/10045/119978>

Fernández, X. E., & Méndez, E. (2007). Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES- Costa Rica 2004-2006. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44659906>

Fonseca, I. (2022). Encuentros intergeneracionales virtuales: intercambio de experiencias entre personas adultas mayores de la Biblioteca Municipal Tulio Perlaza y estudiantes del COTEPECOS, Sabana Sur. Trabajo final de graduación

de Maestría. Programa de Estudios del Posgrado en Gerontología.
<https://hdl.handle.net/10669/87087>

Gaete, J, Rojas-Barahona, CA, Olivares, E, & Chen, MY. (2016). Influencia de las conductas promotoras de salud de los padres en la de sus hijos adolescentes. *Revista médica de Chile*, 144(7), 870-878. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000700007>

Galán-González EF, Gascón-Catalán AM. (2021). Correlación entre funcionamiento familiar y estilos de vida saludable en pacientes con cáncer colorrectal. *Hacia. Promoc. Salud.*; 26 (2): 147-160.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9368603>

García, E., Roig, A., & Martínez, H. (2015). Estilo de vida y salud. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 6(1), 47-55. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60009&IDPUBLICACION=5967&NOMBRE=Revista%20Cubana%20de%20Tecnolog%C3%ADa%20de%20la%20Salud>

Gómez, RD, Orozco, A, Rodríguez, F, & Velásquez, W. (2006). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 105-118. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200011&lng=en&tlng=es.

Greenfield E. (2015). Healthy aging and age-friendly community initiatives. *Public Policy & Aging Report*; 25:43-6. <http://dx.doi.org/10.1093/ppar/prv002>

HelpAge International, AARP y OPS. (s.f.). Vamos a lograrlo. Pasos para involucrar a las personas mayores y mejorar las comunidades para todas las edades.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56171/vamosalograrlo_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Hernández, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). Capítulo 9: Recolección de datos cuantitativos. *Metodología de la investigación*, 20194-267.

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial McGraw Hill Education, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.

Hussain, S., Javadi, D., Andrey, J., Ghaffar A., & Labonté, R. (2020). Health intersectoralism in the Sustainable Development Goal era: from theory to practice. *Globalization and Health*. 16 (15). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-0543-1>

INEC. (s.f.). Estadísticas Demográficas. <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas>

Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO-UNA) (2023). Informe de Encuesta: Percepciones de las Personas Adultas Mayores. Universidad Nacional. <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/26828>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2021). Informe sobre envejecimiento en Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [Costa Rica]. (2013). Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad.1950 - 2050 / Instituto Nacional de Estadística y Censos; Centro Centroamericano de Población. 1 ed. San José, C.R.

Jeferry, B., Abony, S., Hamilton, C., Bird, S. Denechezhe, M., Lidguerre, T., Michayluk, F. Thomas, L. Throassie, E., Whitecap, Z. (2006). *Community Health Indicator Toolkit*. University of Regina and University of Saskatchewan: Saskatchewan

<https://www2.uregina.ca/fnh/Combined%20Domains%20-%20Jun-07.pdf>

Lacé, A. (1998). Estudio piloto del proyecto "Determinantes de un envejecimiento sano en Costa Rica". II Parte: Morbilidad en el adulto mayor: comparación de una comunidad urbana y otra rural en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 40(3), 45–49. <https://doi.org/10.51481/amc.v40i3.598>

Laguado E, Gómez MP. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoc. Salud*; 19(1):68-83. <http://scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>

Leiton, Z. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería universitaria*, 13(3), 139-141. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>

Ley 7794. Código Municipal. Legislación Nacional de Costa Rica.

Lima, D., Santiago, T., Alencar, A. (2011). Community forums: a strategy for building participatory local development. 12(23):59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4326427>

Lizano, M. (2017). Salud en todas las Políticas. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 26(2), 97-98. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292017000200097&lng=en&tlng=es.

Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. (2012). Population ageing and health. *Lancet*, 379 (9823):1295–6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4).

- López, D & Montero, A. (2023). La consulta ciudadana en la política pública en Costa Rica: el caso de la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres en Costa Rica (2018-2030): ¿Estrategia, requisito o herramienta para la formulación de los objetivos de la política pública? Trabajo final de graduación de Maestría. Programa de Estudios del Posgrado en Gerontología. <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/21164>
- López-Pérez, G., Ramírez-Sandoval, M., & Torres-Altamirano, M. (2020). Fisiopatología del daño multiorgánico en la infección por SARS-CoV-2. *Acta Pediatr Méx*, 41 (Supl 1): S27-S41. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201f.pdf>
- Maldonado, J., Fajardo, M., Castro, F., & González, S. (2016). Adulto Mayor y Envejecimiento Activo. Caso de Éxito de una Iniciativa Emprendedora. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 57-62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851778006>
- Marengo, B & Ovaes, D. (2021). Unión Nacional de Gobiernos Locales: envejecimiento, situación por intervenir desde la realidad cantonal. *Revista Gestión Local*. <https://ts.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2022/07/REVISTA-GESTION-LOCAL-2022.pdf#page=89>
- Martín, Roberto. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825. Recuperado en 16 de diciembre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es&tlng=es.

- Martinez, R., Morsch, P., Soliz, P., Hommes, C., Ordunez, P., & Vega, E. (2021). Life expectancy, healthy life expectancy, and burden of disease in older people in the Americas, 1990–2019: A population-based study. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1-14. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.114>
- Maurandi, A., y González, A. (2022). *Análisis de datos y métodos estadísticos con R. Editum*. Ediciones de la Universidad de Murcia. <https://doi.org/10.6018/editum.2967>
- Mesa, D., Valdés, B., Espinosa, Y., Verona, A., & García, I. (2020). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400010&lng=es&tlng=es.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2016). Área de Análisis del Desarrollo. Guía para la elaboración de políticas públicas. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. San José, CR: MIDEPLAN. www.mideplan.go.cr
- Ministerio de Salud & Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2004) *Políticas saludables para adultos mayores en los municipios*. Red de Municipios y Comunidades Saludables; Organización Panamericana de la Salud. Lima: Organización Panamericana de la Salud.
- Morales-Martínez, Fernando. (2015). El envejecimiento en Costa Rica: una perspectiva actual y futura. *Acta Médica Costarricense*, 57(2), 74-79. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022015000200004&lng=en&tlng=es.

- Moreno, Y.; Verjan, P. (2009). Programa de envejecimiento saludable. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 207-211. <https://biblat.unam.mx/hevila/Revistadeespecialidadesmedicoquirurgicas/2009/vol14/no4/9.pdf>
- Municipalidad de Curridabat (2022). Página web. En línea en <https://www.curridabat.go.cr/>
- Municipalidad de Curridabat. (2013). Manual de ética de la Municipalidad de Curridabat. Concejo de Curridabat, artículo 4º, capítulo 3º, sesión ordinaria N° 176-2013.
- Municipalidad de Curridabat. (2018). Plan Estratégico Municipal 2018-2022. Disponible en <https://www.curridabat.go.cr/wp-content/uploads/2021/01/Plan-Estrat%C3%A9gico-Municipal-2018-2022.pdf>
- Municipalidad de Curridabat. (2021). Plan Operativo 2021. Disponible en <https://www.curridabat.go.cr/wp-content/uploads/2021/03/POA-2021-Completo-Ajustado-CGR-vf.pdf>
- Municipio de Cota Cundinamarca. Política Publica Municipal para el Envejecimiento Saludable del Adulto Mayor del Municipio de Cota Cundinamarca (2019-2029). <https://cota-cundinamarca.gov.co/RedDeObservatorios/Documents/DOCUMENTO%20TECNICO%20POL%C3%8DTICA%20P%C3%9ABLICA%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>
- O'Brien, M. J., & Whitaker, R. C. (2011). The Role of Community-Based Participatory Research to Inform Local Health Policy: A Case Study. *Journal of General Internal Medicine*, 26(12), 1498-1501. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1878-3>

OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Datos y Visualizaciones. [Página web]. <https://www.paho.org/es/datos-visualizaciones>

OPS/OMS. (2020). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

Organización Mundial de la Salud. (2007). Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43805>.

Organización Mundial de la Salud. (2011). Todos por la equidad Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro (Brasil). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/declaracion-rio-determinantes-sociales-salud.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Estadísticas sanitarias mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, Objetivo de Desarrollo Sostenible. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338072>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Capítulo 4: Las políticas públicas y los sistemas. <https://www.paho.org/hia2007/vol1regionalcap4.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados

en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.
<https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-para-personas-mayores-icope-guia-sobre-evaluacion-esquemas-atencion>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1

Padilla, Y., Lein, L., & Cruz, M. (1999). Community-Based Research in Policy Planning: A Case Study-Addressing Poverty in the Texas-Mexico Border Region. *Journal of Community Practice*, 6(3), 1–22. https://doi.org/10.1300/J125v06n03_01

Peláez, E, Monteverde, M, & Acosta, L. (2017). Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina: Desafíos para la formulación de políticas. *SaberEs*, 9(1), 01-28. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42222017000100001&lng=es&tlng=es.

Pérez, V, & Sierra, F. (2009). Biología del envejecimiento. *Revista médica de Chile*, 137(2), 296-302. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200017>

Poder Ejecutivo de Costa Rica. (2013). Decreto N° 37695 -MP-MTSS.

Posit team (2024). RStudio: Integrated Development Environment for R. Posit Software, PBC, Boston, MA. <http://www.posit.co/>

Programa de Adulto Mayor de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de San Antonio. (2019). Políticas Comunales de Adulto Mayor 2019-2024 de la

Municipalidad de San Antonio. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2019/07/texto-final-politicas-comunales-adulto-mayor.pdf>

Quecedo, R, & Castaño, C (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14),5-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>

Quintero-Mantilla, Margie Stefania; Cerquera-Córdoba, Ara Mercedes. (2018). Estado de salud general y perfil biopsicosocial de adultos mayores sanos o excepcionales de Santander, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 109-120. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.08>

R Core Team (2024). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.

Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute. <https://www.phi.org/thought-leadership/health-in-all-policies-a-guide-for-state-and-local-government/>

Salamanca-Ramos, E. (2015). Estilos de vida promotores de salud en mujeres de los programas sociales de Villavicencio-Colombia. *Orinoquia*, 19(2), 213-219. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-37092015000200008&lng=en&tlng=es

Salas-Zapata W, Ríos-Osorio L, Gómez-Arias RB, Álvarez-Del Castillo X. (2012). Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Rev Panam Salud Publica.*;32(1):77–81. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9288>

- Segura, G., Solís, L., & Porras, Á. J. (2019). Envejecimiento en Costa Rica, desde una visión sociodemográfica. <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/17626>
- Sjoberg, D., Whiting, K., Curry, M., Lavery, J. A., & Larmarange, J. (2021). Reproducible Summary Tables with the gtsummary Package. *The R Journal*, 13(1), 570-580. <https://journal.r-project.org/articles/RJ-2021-053/>
- Stahl, K. (2014). Mobility and Community in Urban Policy. Social Science Research Network. Fowler Law Research Paper No. 14-2. <https://ssrn.com/abstract=2422084>
- Strain, T., Flaxman, S., Guthold, R., Semanova, E., Cowan, M., Riley, L. M., Bull, F. C., & Stevens, G. A. (2024). National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: A pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. *The Lancet Global Health*, 12(8), e1232-e1243. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5)
- Suárez, M. (2002). Algunas reflexiones sobre la Investigación-acción colaboradora en la Educación. *Revista Electrónica de enseñanza de las Ciencias*, 1(1). [Documento en Línea] <http://saum.uvigo.es/reec/volumenes/volumen1/Numero1/Art3.pdf>
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Series Salud y Sociedad. México: Siglo Veintiuno Editores, 1980. Edición: 1a. ed. ISBN: 9682305675.
- Triviño Z, Stieповich J, Merino J. (2007). Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Colom Med*; 38(4): 395-407. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000400009

- Tsacheva, S., & Zheleva, V. (2021). Impact of community-led local development on territorial prosperity. SHS Web Conf., 120. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202112001015>
- UNIBE (2018). Análisis de Situación de Salud. Caja Costarricense del Seguro Social. Documento institucional. [Manuscrito sin publicar].
- Vargas, A. (2021). Evaluación de efectos percibidos por la población que asiste regularmente al centro de encuentro para personas adultas mayores de Hatillo en el período 2017-2019. Trabajo final de graduación de Maestría. Programa de Estudios de Posgrado en Evaluación de Programas y Proyectos de Desarrollo. <https://hdl.handle.net/10669/85637>
- Vargas, C. (2007). ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. *Perspectivas*, (19),127-136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425942453011>
- Vega-Angarita, O. M. (2020). Adopción de estilos de vida como estrategia en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 5–7. <https://doi.org/10.22463/17949831.1941>
- Vera-Ponce, V., Torres-Malca, J., Tello-Quispe, E., Orihuela-Manrique, E., & Cruz-Vargas, J. (2020). Validación de escala de cambios en los estilos de vida durante el periodo de cuarentena en una población de estudiantes universitarios de Lima, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 614-623. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.3193>
- Vidal-Gutiérrez, D., Chamblas-García, I., Zavala-Gutiérrez, M., Müller-Gilchrist, R., Rodríguez-Torres, M., Chávez-Montecino, A. (2014). Determinantes sociales en

salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencias de Enfermería*; 20(1):61-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006>

Walker, S., Kerr, M., Pender N., Sechrist, K. (1990) A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nurs Res*; 39(6):268-273. <https://doi.org/10.1097/00006199-199009000-00003>

Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York. <https://ggplot2-book.org/>

William, R. (2024). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. Northwestern University, Evanston, Illinois. R package version 2.4.3. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>

ANEXOS

Anexo I. Cuestionario de datos sociodemográficos

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene preguntas acerca de su condición sociodemográfica. Por favor, responda a cada oración según corresponda:

a. Cantón de residencia:

- | | | | |
|---------------|---------------|-------------|------------|
| 1. Curridabat | 2. Granadilla | 3. Tirrases | 4. Sánchez |
|---------------|---------------|-------------|------------|
-

b. Edad en años cumplidos: _____

c. Sexo al nacer:

- | | |
|-----------|----------|
| 1. Hombre | 2. Mujer |
|-----------|----------|

d. Seleccione el tipo de vivienda en el que vive:

- | | |
|-----------|--------------|
| 1. Propia | 2. Alquilada |
|-----------|--------------|

e. Selecciones su escolaridad adquirida:

- | | | | |
|-----------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1. Sin Estudios | 2. Primaria Incompleta | 3. Primaria Completa | 4. Secundaria Completa |
| 5. Técnico | 6. Universitaria Incompleta | 7. Universitaria Completa | 8. No quiere referirse |

f. Elija su estado civil:

- | | | | | |
|------------|-----------|-------------|----------|----------------|
| 1. Soltero | 2. Casado | 3. Separado | 4. Viudo | 5. Unión Libre |
|------------|-----------|-------------|----------|----------------|

g. Seleccione su categoría de trabajo

- | | | | | |
|----------------------|------------------|----------------|---------------|---------|
| 1. Por Cuenta Propia | 2. Asalariado(A) | 3. Desempleado | 4. Pensionado | 5. Otro |
|----------------------|------------------|----------------|---------------|---------|

h. Convivencia en el hogar

- | | | | | |
|-----------------------------|-------------------|---------------|--------------------------------|---------|
| 1. Vive solo / sin compañía | 2. Con su familia | 3. Con pareja | 4. Con amigos, familia, otros. | 5. Otro |
|-----------------------------|-------------------|---------------|--------------------------------|---------|

En línea en <https://sites.google.com/view/pl-envejecimientosaludable/inicio>

Anexo II. Cuestionario de Estilos de Vida II

(Versión en español de Health Promoting Lifestyle Profile II)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

N = nunca, A = algunas veces, F = frecuentemente, o R = rutinariamente

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas. | N | A | F | R |
| 2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol. | N | A | F | R |
| 3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño. | N | A | F | R |
| 4. Sigo un programa de ejercicios planificados. | N | A | F | R |
| 5. Duermo lo suficiente. | N | A | F | R |
| 6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva. | N | A | F | R |
| 7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos. | N | A | F | R |
| 8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces). | N | A | F | R |
| 9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud. | N | A | F | R |
| 10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora). | N | A | F | R |
| 11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días. | N | A | F | R |
| 12. Creo que mi vida tiene propósito. | N | A | F | R |
| 13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras. | N | A | F | R |
| 14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días. | N | A | F | R |
| 15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender | N | A | F | R |

sus instrucciones.

- | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| 16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana. | N | A | F | R |
| 17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar. | N | A | F | R |
| 18. Miro adelante hacia el futuro. | N | A | F | R |
| 19. Paso tiempo con amigos cercanos. | N | A | F | R |
| 20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días. | N | A | F | R |
| 21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud. | N | A | F | R |
| 22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta). | N | A | F | R |
| 23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme. | N | A | F | R |
| 24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a). | N | A | F | R |
| 25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros. | N | A | F | R |
| 26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días. | N | A | F | R |
| 27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud. | N | A | F | R |
| 28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana. | N | A | F | R |
| 29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión. | N | A | F | R |
| 30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida. | N | A | F | R |
| 31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan. | N | A | F | R |
| 32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día. | N | A | F | R |
| 33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas. | N | A | F | R |
| 34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar). | N | A | F | R |
| 35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos. | N | A | F | R |
| 36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante). | N | A | F | R |
| 37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad. | N | A | F | R |
| 38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, | N | A | F | R |

pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.

- | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| 39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o). | N | A | F | R |
| 40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios. | N | A | F | R |
| 41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente. | N | A | F | R |
| 42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida. | N | A | F | R |
| 43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí. | N | A | F | R |
| 44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados. | N | A | F | R |
| 45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal. | N | A | F | R |
| 46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios. | N | A | F | R |
| 47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio. | N | A | F | R |
| 48. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo. | N | A | F | R |
| 49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso. | N | A | F | R |
| 50. Como desayuno. | N | A | F | R |
| 51. Busco orientación o consejo cuando es necesario. | N | A | F | R |
| 52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos. | N | A | F | R |

Fuente: Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1995). A Spanish language version of the Health Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha 39(5), 268-273.

Anexo III. Guía de Foro comunal

Planificación del grupo de discusión

Dónde y cuándo realizar el grupo: Junio/Julio 2024

Duración del encuentro: 1 hora 30 minutos

- Infraestructura y material de grabación
- Presentación en power point
- Computadora / Proyector
- Papel periódico y marcadores
- Grabación de audio con teléfono celular.
- Consentimientos informados
- Lista de asistencia

Desarrollo del grupo de discusión

1. Recepción y presentación inicial
2. Bienvenida y Agradecimiento
3. Firma de Consentimiento
4. Actividad rompehielos
5. Presentación de Resultados
6. Debate/ Dialogo

Preguntas abiertas para los participantes

- ¿Cuáles son los problemas//barreras observadas en la comunidad de las personas adultas mayores?

- ¿Cuáles son los aspectos positivos/protectores observados en la comunidad de las personas adultas mayores?
- ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar la actividad física en la población del cantón?
- ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar el manejo del estrés en la población del cantón?
- ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar el crecimiento espiritual en la población del cantón?
- ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar las relaciones interpersonales en la población del cantón?
- ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar la responsabilidad de la salud en la población del cantón?
- ¿Considera que hay algún aspecto que se deba tomar en cuenta fuera de los mencionados?
- ¿De qué forma considera usted que la Municipalidad pueda comunicar a la población sus acciones o actividades programadas?

Cierre:

1. Resumen
2. Aportaciones finales
3. Agradecimiento de participación

Anexo IV. Consentimiento Informado

Universidad de Costa Rica
 Comité Ético Científico
 Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Formulario para el Consentimiento Informado Basado en la Ley N° 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica” y el “Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las Investigaciones en las que Participan Seres Humanos”

Propuesta de política local de envejecimiento saludable con base en el estilo de vida de adultos del cantón de Curridabat.

Nombre de el/la investigador/a principal: Ericka Carolina Murillo Rodríguez, Licda.

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO

El presente estudio corresponde a una investigación para optar por el grado de Maestría profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud, de la Sra. Éricka Murillo Rodríguez, licenciada en Enfermería, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

El trabajo está bajo la asesoría de la docente PhD. Carolina Santamaría, M.Sc. Daniela Fonseca y M.Sc. Jaime Fernández de la Universidad de Costa Rica.

Este proyecto no cuenta con financiamiento externo.

B. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Corresponde a diseñar una política local para el envejecimiento saludable para la Municipalidad de Curridabat con base en el estilo de vida de la población de 40 a 64 años del cantón de Curridabat.

C. ¿QUÉ SE HARÁ? Deberá posterior a dar el consentimiento de participar en la investigación, responder a un cuestionario de características sociodemográficas y de estilo de vida. Posteriormente se realizará el foro comunal para conversar de la propuesta.

D. RIESGOS

La encuesta cuenta con un tiempo para elaborarla de pocos minutos, sin embargo, puede ocurrir sensación de cansancio, fatiga o malestar ocular. Otro posible riesgo es la posibilidad de pérdida de privacidad o que la confidencialidad se vea comprometida, es decir, que se pierda la protección de la información recolectada.

E. BENEFICIOS

La persona participante NO obtendrá ningún beneficio directo. Sin embargo, para el cantón se logrará con el estudio conocimiento valioso y útil para fundamentar políticas públicas. Se pretende hacer una devolución con una pequeña charla a los participantes de los resultados del estudio, así como a la Municipalidad de Curridabat y buscar la publicación en revistas científicas de la información.

F. VOLUNTARIEDAD

La participación en esta investigación es voluntaria y usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios, ni a ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

G. CONFIDENCIALIDAD

La investigadora garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información no utilizando nombres propios de los participantes; siempre el manejo de los datos será anonimizado cuando se publiquen los resultados de la investigación; el acceso a los registros para verificar procedimientos y datos de la investigación sólo será para el equipo de asesores del estudio.

I. INFORMACIÓN

En los siguientes apartados se debe informar al participante que:

Antes de dar su autorización debe hablar con la profesional responsable de la investigación o sus colaboradores sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a la Licda. Ericka Murillo, al

teléfono 87409468 en el horario de lunes a viernes de 1 pm a 5 pm. El docente asesor es la Dra. Carolina Santamaría, docente del Posgrado de la Escuela de Salud Pública, localizable al número 2511-8488.

Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Si se trata de una investigación biomédica, puede también consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Usted como participante, al firmar este documento, no perderá ningún derecho y recibirá una copia de la misma para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmar. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

*Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, o en su defecto con la huella digital, de la persona que será participante o de su representante legal.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión 2 – junio 2021

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio del 2021.

Anexo VI. Foros comunales

Fotografías durante el proceso de recolección de datos





Anexo VII. Análisis estadístico

Tabla 1. Supuesto de homogeneidad: Prueba Bartlett de las Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del estilo de vida promotor de salud por sexo

Dimensión	Estadístico	Valor p	Cumplimiento
Actividad física	0.2397140	0.6244127	Si
Crecimiento Espiritual	0.1938446	0.6597359	Si
Manejo del estrés	0.9826018	0.3215573	Si
Nutrición	0.1758850	0.6749337	Si
Relaciones interpersonales	0.0138240	0.9064041	Si
Responsabilidad hacia la salud	0.2379441	0.6256950	Si

Tabla 2. Supuesto de normalidad: Prueba Shapiro-Wilks de las Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del estilo de vida promotor de salud por sexo

Dimensión	Estadístico	Valor p	Cumplimiento
Hombre			
Actividad física	0.9502371	0.39888655	Si
Crecimiento Espiritual	0.9787920	0.92743257	Si
Manejo del estrés	0.9211108	0.11864959	Si
Nutrición	0.9598072	0.56858904	Si
Relaciones interpersonales	0.9252117	0.14129134	Si
Responsabilidad hacia la salud	0.9738261	0.84951209	Si
Mujer			
Actividad física	0.9865849	0.66145112	Si
Crecimiento Espiritual	0.9591990	0.02261733	No
Manejo del estrés	0.9791889	0.29512792	Si
Nutrición	0.9833255	0.47744684	Si

Relaciones interpersonales	0.9535356	0.01115286	No
Responsabilidad hacia la salud	0.9539098	0.01167871	No

Interpretación: En base a los resultados se selecciona la prueba de T student para muestras independientes: Actividad física, Manejo del Estrés y Nutrición; y los rangos de Wilcoxon para las dimensiones Crecimiento Espiritual, relaciones interpersonales y responsabilidad hacia la salud.

Tabla 3. Supuesto de homogeneidad: Prueba de Bartlett para Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del estilo de vida promotor de salud por edad.

Dimensión	Estadístico	Valor p	Cumplimiento
Actividad física	0.2110794	0.64592267	Si
Crecimiento Espiritual	1.2004815	0.27322546	Si
Manejo del estrés	0.0368883	0.84769262	Si
Nutrición	0.4005912	0.52678409	Si
Relaciones interpersonales	3.1316008	0.07678831	Si
Responsabilidad hacia la salud	2.3950079	0.12172313	Si

Tabla 4. Supuesto de normalidad: Prueba de Shapiro-Willks para Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del estilo de vida promotor de salud por edad.

Dimensión	Estadístico	Valor p	Cumplimiento
Entre 40 y 64 años			
Actividad física	0.9754103	0.47685479	Si
Crecimiento Espiritual	0.9667355	0.24299605	Si
Manejo del estrés	0.9451876	0.03986237	No
Nutrición	0.9866330	0.89070383	Si
Relaciones interpersonales	0.9549085	0.09017781	Si
Responsabilidad hacia la salud	0.9750212	0.46365690	Si
Mayor de 65 años			
Actividad física	0.9708572	0.29799311	Si
Crecimiento Espiritual	0.9738816	0.38297893	Si
Manejo del estrés	0.9722029	0.33365018	Si

Nutrición	0.9748806	0.41492048	Si
Relaciones interpersonales	0.9509104	0.05084212	Si
Responsabilidad hacia la salud	0.9466072	0.03475725	No

Interpretación de resultados: Se debe usar prueba T para las dimensiones Actividad física, Relaciones Interpersonales, Crecimiento Espiritual y Nutrición. Y prueba de suma de rangos en Manejo del Estrés y Responsabilidad hacia la salud.

Tabla 5. Supuesto de homogeneidad: Prueba de Bartlett de Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del estilo de vida promotor de salud por distrito

Dimensión	Estadístico	Valor p	Cumplimiento
Actividad física	4.640846	0.20006597	Si
Crecimiento Espiritual	4.689687	0.19598198	Si
Manejo del estrés	1.836928	0.60693218	Si
Nutrición	7.770191	0.05100776	Si
Relaciones interpersonales	2.800952	0.42334328	Si
Responsabilidad hacia la salud	6.411236	0.09322964	Si

Tabla 6.

Supuesto de normalidad: Prueba de Shapiro-Willks para Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del estilo de vida promotor de salud por distrito

Dimensión	Estadístico	Valor p	Cumplimiento
Curridabat			
Actividad física	0.9733661	0.30357006	Sí
Crecimiento Espiritual	0.9394506	0.01167436	No
Manejo del estrés	0.9760801	0.38794089	Sí
Nutrición	0.9584069	0.07133976	Sí
Relaciones interpersonales	0.9508164	0.03409190	No
Responsabilidad hacia la salud	0.9517539	0.03731783	No
Granadilla			
Actividad física	0.9607178	0.82525548	Sí
Crecimiento Espiritual	0.8805316	0.27150729	Sí
Manejo del estrés	0.9231395	0.52825474	Sí

Nutrición	0.9546736	0.77789426	Sí
Relaciones interpersonales	0.9388531	0.64997156	Sí
Responsabilidad hacia la salud	0.8671532	0.21509150	Sí
Sánchez			
Actividad física	0.9163291	0.28924095	Sí
Crecimiento Espiritual	0.7683529	0.00361189	No
Manejo del estrés	0.9279840	0.39082054	Sí
Nutrición	0.9279007	0.39000860	Sí
Relaciones interpersonales	0.9196542	0.31577060	Sí
Responsabilidad hacia la salud	0.9505382	0.65083866	Sí
Tirrases			
Actividad física	0.9651296	0.62471441	Sí
Crecimiento Espiritual	0.9586155	0.48868618	Sí

Manejo del estrés	0.9492081	0.32907827	Sí
Nutrición	0.9633798	0.58663531	Sí
Relaciones interpersonales	0.9476601	0.30742811	Sí
Responsabilidad hacia la salud	0.9754470	0.84781162	Sí

Tabla 7

Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del Estilo de Vida Promotor de Salud por sexo

Dimensiones	Entre 40 y 64 años, n = 43	Mayor de 65 años, n = 46	Valor p ¹
<i>Actividad física</i>			
Mediana (IQR)	19.0 (14.0, 22.5)	19.0 (16.3, 24.0)	0.222
<i>Crecimiento Espiritual</i>			
Mediana (IQR)	26.0 (21.0, 30.0)	27.0 (23.0, 31.0)	0.205
<i>Manejo del estrés</i>			
Mediana (IQR)	18.0 (15.0, 21.5)	22.0 (18.0, 25.0)	0.007
<i>Nutrición</i>			
Mediana (IQR)	24.0 (20.0, 26.0)	24.5 (20.0, 28.0)	0.262
<i>Relaciones interpersonales</i>			
Media (DE)	24.5 (6.0)	25.5 (4.6)	0.383

Responsabilidad hacia la salud

Media (DE)	21.5 (6.3)	23.0 (5.0)	0.261
------------	------------	------------	-------

1 Prueba t de dos muestras; Prueba de suma de rangos de Wilcoxon

Tabla 8

Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del Estilo de Vida Promotor de Salud por sexo

Dimensiones	Entre 40 y 64 años, n = 43	Mayor de 65 años, n = 46	Valor p¹
<i>Actividad física</i>			0.222
Media (DE)	18.6 (5.9)	20.1 (5.5)	
Mediana (IQR)	19.0 (14.0, 22.5)	19.0 (16.3, 24.0)	
<i>Crecimiento Espiritual</i>			0.205
Media (DE)	25.1 (6.6)	26.7 (5.6)	
Mediana (IQR)	26.0 (21.0, 30.0)	27.0 (23.0, 31.0)	
<i>Manejo del estrés</i>			0.007
Media (DE)	18.7 (4.9)	21.4 (4.7)	
Mediana (IQR)	18.0 (15.0, 21.5)	22.0 (18.0, 25.0)	
<i>Nutrición</i>			0.262
Media (DE)	22.9 (5.5)	24.1 (5.0)	

Mediana (IQR)	24.0 (20.0, 26.0)	24.5 (20.0, 28.0)
---------------	-------------------	-------------------

Relaciones interpersonales

0.383

Media (DE)	24.5 (6.0)	25.5 (4.6)
------------	------------	------------

Mediana (IQR)	25.0 (20.5, 29.5)	27.0 (22.3, 28.0)
---------------	-------------------	-------------------

Responsabilidad hacia la salud

0.261

Media (DE)	21.5 (6.3)	23.0 (5.0)
------------	------------	------------

Mediana (IQR)	21.0 (16.5, 26.0)	24.0 (20.3, 26.0)
---------------	-------------------	-------------------

1 Prueba t de dos muestras; Prueba de suma de rangos de Wilcoxon

Puntuaciones de las dimensiones evaluadas del estilo de vida promotor de salud por distrito

Variable	Curridabat, n = 51	Granadilla, n = 6	Sánchez, n = 11	Tirrases, n = 21	Valor p¹
<i>Actividad física</i>					0.186
Media (DE)	20.4 (6.1)	16.7 (4.5)	19.2 (6.4)	17.8 (4.1)	
Mediana (IQR)	21.0 (15.5, 26.0)	16.5 (14.5, 20.0)	17.0 (14.0, 23.5)	17.0 (16.0, 20.0)	
<i>Crecimiento Espiritual</i>					0.204
Media (DE)	26.2 (6.2)	29.5 (2.6)	24.0 (6.9)	25.2 (5.9)	
Mediana (IQR)	27.0 (24.0, 30.5)	28.5 (28.0, 30.5)	21.0 (19.0, 28.5)	25.0 (22.0, 31.0)	
<i>Manejo del estrés</i>					0.136
Media (DE)	20.7 (5.3)	22.7 (4.7)	18.0 (4.2)	19.0 (4.2)	

Mediana (IQR)	20.0 (17.0, 24.5)	24.0 (19.3, 25.8)	17.0 (15.5, 20.0)	18.0 (16.0, 22.0)	
<i>Nutrición</i>					0.132
Media (DE)	24.3 (5.8)	25.5 (5.4)	22.9 (4.2)	21.4 (3.4)	
Mediana (IQR)	25.0 (20.0, 28.0)	26.0 (21.3, 28.5)	22.0 (20.0, 24.5)	21.0 (19.0, 23.0)	
<i>Relaciones interpersonales</i>					0.507
Media (DE)	24.9 (5.5)	27.7 (4.1)	23.5 (6.4)	25.2 (4.4)	
Mediana (IQR)	26.0 (22.0, 28.5)	28.5 (25.8, 30.5)	22.0 (19.0, 29.0)	26.0 (23.0, 28.0)	
<i>Responsabilidad hacia la salud</i>					0.221

Media (DE)	22.7 (6.1)	23.5 (2.2)	19.4 (4.6)	22.3 (5.7)
Mediana (IQR)	24.0 (19.5, 27.0)	24.0 (21.5, 25.0)	19.0 (17.5, 22.0)	24.0 (18.0, 25.0)

1 ANOVA de una vía; Prueba de suma de rangos de Kruskal-Wallis

Nota: Elaboración propia basado en resultados de PEPS-II.

Anexo VIII. Mapeo de Actores sociales

Religiosos

1. Iglesia Católica San Antonio de Padua y filiales.
2. Parroquia Santa Eduvigis, Tirrases.
3. Sede Este Schoenstatt.
4. Iglesia Adventista del Séptimo Día, José María Zeledón
5. Iglesia Ríos de Alabanza, José María Zeledón.
6. Christ Fellowship Costa Rica, Barrio San José.
7. Iglesia de Dios Pentecostal, Barrio San José.
8. Iglesia Bíblica Bautista, Freses de Curridabat
9. Centro Cristiano Renacer, Curridabat centro.

Arte y cultura

1. Centro Cultural Municipal
2. Teatro Espressivo
3. Centros de música/canto/ baile

Sociales

1. Centro de Desarrollo Humano El Hogar, José María Zeledón
2. Centro de Desarrollo Humano La Cometa, Tirrases
3. La Casa del Pueblo, Granadilla

Centros diurnos / Hogares de Cuido

1. Salvando al Adulto Mayor de Tirrases
2. Asociación Gerontológica de Curridabat

Deportivos

1. Piscina Municipal, José María Zeledón

2. Piscina Universidad Santa Paula
3. Complejo Deportivo Forza Vital
4. Centro Comunitario El Tirrá, Tirrases
5. Gimnasios George Angulo
6. Gimnasios Multispa
7. Gimnasio Gold's Gym
8. Crunch Curridabat
9. Walmart Cipreses
10. San José Indoor Club

Educativos

1. Universidad Autónoma de Centroamérica
2. Universidad Santa Paula
3. Programas para adultos, MEP

Salud

- Sede EBAIS Granadilla
- Sede EBAIS Tirrases
- Sede EBAIS Hacienda Vieja
- Sede EBAIS José María Zeledón
- Sede EBAIS Curridabat
- Sede Administrativa CCSS Area de Salud de Curridabat, Oficentro La Galera.
- Terapia Física, Universidad Santa Paula
- Consultorios privados independientes

Parques

- Parque Central de Curridabat
- Parque de las Piedras, Ayarco Sur
- Parque del Recuerdo

- Parque de Hacienda Vieja
- Parque Lineal
- Parque Guayabos
- Parque Gaudí
- Parque San Angel
- Parque Pinares
- Cerro San Antonio, Parque ecológico La Colina
- Estadio Lito Monge

Anexo IX. Diagramación de Propuesta PLES 2025-2030.

Producto Política Local de Envejecimiento Saludable y su Plan de acción.

Propuesta 2024

Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030

Municipalidad de Curridabat





Créditos

Autoría

Ericka Carolina Murillo Rodríguez

Máster en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud.

Licenciada en Enfermería. Diplomada en Vigilancia Epidemiológica.

Fiscalización

Eduardo Méndez, M.Sc.

Jefe de Responsabilidad Social, Municipalidad de Curridabat





Equipo asesor

- PhD. Carolina Santamaría Ulloa. Investigadora, especialista en demografía y envejecimiento.
- M.Sc. Daniela Fonseca López. Socióloga y gerontóloga.
- M.Sc. Jaime Fernández Chaves, Director del Posgrado en Gerontología UCR.

Agradecimiento

- A la comunidad de Curridabat participante.

Tabla de contenidos

 Introducción	4
 Marco legal	7
 Diagnóstico situacional	11
 Población objetivo	19
 Enfoques, principios, características de la Política	20
 Ejes, objetivos, metas	22
 Modelo de gestión	26
 Visualización de actores	27
 Plan de Acción	29
 Referencias	39
 Anexos	40

Introducción

El país enfrenta un cambio demográfico, lo cual es un éxito resultante de grandes esfuerzos sociales, económicos y sanitarios, y a la vez, un reto grande para las comunidades, ya que, por primera vez en la historia mundial, se puede asegurar que es posible vivir más de 60 años en Costa Rica puntualmente, hasta incluso más de 80 años (OMS, 2015).

El envejecimiento de la población se ha asociado al incremento de importantes políticas públicas en materia de salud, seguridad social y cuidado, que ha prolongado el ciclo de la vida y por supuesto, incremento de la población adulta mayor (Peláez et al., 2017). Según el INEC-CCP (2013) se proyecta que en el 2045-2050, la esperanza de vida al nacer de nuestro país será de 81,5 y 86,6 años para los hombres y las mujeres respectivamente.

Los cambios demográficos según Lloyd-Sherlock et al. (2012) tendrán un impacto para las sociedades, la transición demográfica hacia poblaciones de mayor edad debe prepararse con planes para aprovechar al máximo esta etapa y vivir con calidad los años ganados. El buscar un estilo de vida saludable en la adultez en general, nos conduce a continuar conductas saludables en la adultez mayor y la prevención de enfermedades crónicas o alteraciones de las patologías ya presentes (Greenfield, 2015).

Se necesita, entonces, responder a la etapa de la adultez mayor mejor que lo que se ha hecho, viéndolo como una nueva oportunidad para las personas y la sociedad del cantón de Curridabat; para lo cual, es imprescindible mantener la capacidad funcional de esta población para aumentar los años vividos con salud y facilitar a través de la política del país debe direccionar al cuidado de la salud de la población, de la misma forma los gobiernos locales deben implementar estrategias direccionadas a su realidad propia para fomentar espacios saludables y zonas donde el contexto facilite al individuo optar por conductas promotoras de la salud desde la adultez.

Actualmente, es pertinente en Costa Rica analizar evidencia, por sectores específicos, que sirva como insumo para mejorar el diseño, la implementación, la ejecución y los efectos de políticas, planes, programas o proyectos del gobierno ante un hecho global en salud como es el envejecimiento poblacional. La salud es un resultado de muchos determinantes; la relación entre salud y política; entre la morbilidad- mortalidad de las poblaciones y la toma de decisiones de los políticos cuenta con basta evidencia (Gómez et al., 2006). La frase de la celebridad Rudolf Virchow lo refuerza, la «medicina no es más que política en su sentido más amplio» (Citado en Terris, 1980)

En relación con la política en materia de salud, las investigaciones ayudan a mejorar la toma de decisiones, la movilización de apoyo ante propuestas y reconceptualizar los problemas para facilitar su comprensión. La injerencia política en salud puede llegar a ser una herramienta fuerte para el alcance del bienestar de las personas, pero de la misma forma puede interferir en el alcance de ésta.

Introducción

Para el alcance del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3, la salud y bienestar de los pueblos, es necesaria la implementación de Salud en Todas las políticas, por ello, es importante para lograr el impacto deseado sobre la salud de las poblaciones, sean considerados todos los sectores y niveles de gobernanza ya que la OMS "reconoce la existencia de determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud que extienden sus orígenes más allá del sector salud y de las políticas de salud (Lizano, 2017).

Además, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable, con el objetivo de reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas. Primero, erradicando el edadismo, mejorar las capacidades de las personas mayores, brindar servicios según sus necesidades reales y mejorar el acceso a las mismas.

En Costa Rica, la Esperanza de Vida es de x años y la esperanza de vida saludable (EVISA) es de 70 años (71 años mujeres y 68 años hombres) por lo que es un reto lograr mantenerla y trabajar en ampliarla hasta lograr que la esperanza de vida sea realmente vivida con salud (OMS, 2020); por lo anterior, se gestionó la investigación sobre estilo de vida en la población curibatense a partir de los 40 años de edad para la elaboración de dicho marco de referencia local.

Es relevante la comprensión de lo que modifica la conducta humana, sus motivaciones y actitudes hacia lo que les proveerá salud. La teoría de promoción de la salud se basa en el aprendizaje social de Albert Bandura, donde indica la relevancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo-conductual.

Otro de los sustentos teórico, es el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, donde expresa que la conducta es racional y que el componente clave es la intención, cuando esta es clara, concreta y definida por una meta específica aumentan las probabilidades de lograr el objetivo planteado.

En el modelo de promoción de salud hay tres fases o divisiones que inician con la conducta previa que tiene la persona, la cual pasa por la percepción de las barreras que tiene, los beneficios que se ofrece, la autoeficacia y los afectos de la actividad para generar un resultado conductual precedido del compromiso racional. (Aristizábal et al., 2011) Esto es importante de abordar en la elaboración de la política local.



Introducción

Una política pública existe siempre y cuando instituciones estatales, gubernamentales o públicas (u oficiales) asuman total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos, estimados como deseables o necesarios, por medio de un proceso destinado a cambiar un estado de las cosas percibido como problemático o insatisfactorio (Angel et al., 2020, p. 126).

Las políticas, como indica Abarca (2002) no son respuestas unívocas a los problemas, son más bien las expresiones finales del cómo abordar situaciones insatisfechas según los intereses, las restricciones y el marco general de acción que rodea tanto a los asesores como a los tomadores de las decisiones.

El establecimiento de la política incluye establecer metas y objetivos a alcanzar, así como las alternativas para la solución, su diseño permanece en manos del gobierno local. La puesta en marcha de las decisiones es la fase continua. Por último, la evaluación conduce a revisar lo aplicado para dar lugar a nuevas transformaciones, a la continuación de la existente o conclusión de la misma.

Marco legal de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón De Curridabat 2025-2030



Marco internacional

DESCRIPCION	AÑO DE EMISION	NOMBRE DE NORMATIVA
DECLARACION	1948	Declaración Universal de Derechos Humanos
CONVENCIONES	1969	Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José Costa Rica"
	1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
	1982	Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento en Viena
	1991	91 Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad
	1992	Proclamación sobre el Envejecimiento
	1995	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Belém do Pará"
	1999	Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad
	2008	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo
	2012	Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe
	2015	Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, OEA.
	2016	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Asamblea Mundial de Salud - Estrategia Mundial: Acción multisectorial para un Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida.

Marco legal de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón De Curridabat 2025-2030

Marco nacional

NORMATIVA	AÑO DE EMISION	ASPECTOS RELEVANTES ASOCIADOS
CONSTITUCION POLITICA	1949	Constitución Política De La República De Costa Rica Artículo 21, 51, 73.
LEYES	1943	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
	1967	3958 Ley sobre el Desarrollo de la Comunidad
	1973	5395 Ley General de Salud
	1975	5412 Ley Orgánica del Ministerio de Salud
	1978	6227 Ley de Administración Pública
	1996	7600 Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad 7586 Ley Contra la Violencia Doméstica 7082 Reglamento del Seguro de Salud
	1998	7771 Ley General sobre el VIH-SIDA
	1999	7935 Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento
	2006	8488 Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo
	2007	8589 Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres
	2008	8688 Ley para la Creación del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar
	2009	8720 Ley de protección a víctimas, testigos y demás sujetos intervinientes en el proceso penal, reformas y adición al Código Procesal Penal y al Código Penal 8764 Ley General de Migración y Extranjería
	2010	8801 Ley de Transferencia de Competencias del Poder Ejecutivo a las Municipalidades
	2013	9095 Ley Contra la Trata de Personas
	2016	9222 Ley de Donación y Trasplante de Organos y Tejidos Humanos 2014 9379 Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad
	2018	41087 - MTSS Reglamento a la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad

Marco legal de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón De Curridabat 2025-2030

Marco nacional

CODIGOS	1970	Código Penal
	1998	Código Procesal Penal
	1998	Código Municipal
NORMA	2000	Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar
	2016	Norma Nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGTBI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
	2019	41632 –S Norma Nacional para la Atención Integral a personas en situación de violencia en los Servicios de Salud
POLITICAS O PLANES	2010	Plan Nacional de Salud 2010-2021
		Política Nacional de Sexualidad 2010-2021
	2011	Política Nacional de Salud 2011-2021
		Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021
		Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021
		Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021
	2012	Política Nacional de Salud Mental 2012-2021
		Política Nacional en Discapacidad 2011-2021
		2016
	2016	Plan Nacional de Gestión del Riesgo 2016-2020
		Política Nacional de Atención Integral a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016-2026
		2018
	2018	Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres 2018-2030
		2019
	2021	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021
2023	Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable desde el Curso de Vida para un periodo del 2022 al 2026	
2023	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2030	

Estado de diagnóstico de la situación de las personas adultas y adultas mayores del cantón

Metodología



Para obtener los resultados se realizó un proyecto de Investigación-Acción (IA), donde se presenta un mayor compromiso con los cambios sociales, interpreta la realidad para que los propios actores puedan comprometerse en procesos de cambio (Dick, 2005, p.176).

Suarez Pazos (2002) se refiere al concepto como una forma de explorar una situación social con el fin de mejorarla. En este caso la situación social corresponde al estilo de vida en la adultez de los vecinos de Curridabat con el fin de lograr llegar tener un envejecimiento saludable.

Para la primera parte de la investigación se utilizó un cuestionario autoadministrado, con participantes de 40 años en adelante del cantón. La selección de muestra fue a conveniencia de personas habitantes del cantón, en línea a través de las plataformas de la Municipalidad de Curridabat y en grupos de apoyo para adultos que brinda el departamento de Responsabilidad Social. La población de estudio tuvo los siguientes criterios de inclusión: Habitantes residentes del cantón de Curridabat, Adultos mayores de 40 años, Hombres y mujeres; la participación voluntaria.

En la segunda parte del estudio realizó un foro comunal para la presentación de los resultados, el número de participantes fue de entre 17 personas. Este método cualitativo consiste en una práctica que reintegra al grupo tras la individualización (Quecedo & Castaño, 2002; Callejo, 2002). El grupo estuvo conformado, de forma voluntaria, con personas de cada distrito del cantón y una funcionaria de la Municipalidad de Curridabat.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos



- Cuestionario de datos sociodemográficos



- Escala Health Promoting Lifestyle Profile II



- Foro comunal



Estado de diagnóstico de la situación de las personas adultas y adultas mayores del cantón de Curridabat

➤ Resultados

En principio se detallan las características relacionadas con las variables: sexo, edad, residencia, escolaridad, estado civil, categoría ocupación y convivencia de la población de estudio. El primer lugar, se debe señalar participaron 90 personas que cumplían con los criterios de inclusión, sin embargo, para el análisis se excluyó una persona debido a que no respondió de forma completa los instrumentos de encuesta.

El sexo al nacer de los participantes en 78.7% de los casos fue mujer. Respecto a la edad, el promedio de la muestra fue de 63.3 años (IC 95%: 54-63, DE 10,7), con participación de personas que tenían entre 40 años y los 90 años de edad, con un predominio de personas de igual a 65 años o más de edad (51.7%). La residencia de estos se distribuyó según los distritos de la siguiente forma: 57.3% de Curridabat, 12.4% de Sánchez, 23.6% de Tirrases y 6.7% de Granadilla.

Destaca la alta escolaridad de las personas por lo que se caracteriza por ser una población altamente educada (41.6% con educación superior). La muestra tiene mayoritariamente un estado civil no unido, donde se incluyen personas solteras, divorciadas o separadas y viudas. Además, la categoría ocupacional predominante corresponde a jubilados dentro de la categoría no realiza actividades remuneradas. El tipo de vivienda en el que residen es en su mayoría propia, solamente alquilan un 14.6% de las personas encuestadas. Por último, la variable convivencia en el hogar refleja las relaciones en el núcleo familiar, las cuales indican vivir en su mayoría con su familia, amigos y/o pareja (77.5%).

El resultado global promedio del Estilo de Vida de la población de estudio fue de 136 puntos (DE 27.6, IC 95% 130-142, Moda 126), lo que se categorizó como un Estilo de Vida Promotor de Salud "Bueno" según la clasificación establecida en el marco metodológico. En dicha clasificación, los rangos de puntuación son los siguientes: entre 52 y 90 puntos se considera "pobre", 91 a 129 puntos se clasifica como "moderado", 130 a 168 puntos como "bueno", y 169 a 208 puntos como "excelente". Este resultado refleja un comportamiento saludable en varias áreas, aunque aún existen oportunidades de mejora. El puntaje más alto registrado fue de 196 puntos y el más bajo de 58 puntos.

Al segregar los resultados por distrito Granadilla tiene la media más alta y en Sánchez se ubican los resultados más bajos, pero con gran desviación estándar, clasificado como Moderado; esto debido a la alta desviación estándar de los resultados tanto en este distrito como en Curridabat, lo que refleja una muestra con diversidad de rangos de estilo de vida.

Resultados

Por otro lado, se evaluó si hombres y mujeres tienen la misma distribución de los datos, donde, las dimensiones evaluadas según sexo al nacer no cuentan con evidencia suficiente para afirmar que las medianas son significativamente diferentes.

De la misma forma, se evaluó si por grupo de edad se tiene la misma distribución de los datos, y se encontró que excepto por el estrés no existen diferencias significativas. También, se realizó la prueba de relación de las dimensiones del estilo de vida según Nola Pender según distrito de residencia de los participantes sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. Por último, se correlacionó cada dimensión entre sí y se obtuvieron resultados positivos con significancia estadística en todos los casos ($p < 0.05$).

En tanto, en los foros se logró determinar las categorías, identificando de forma inicial las barreras que perciben para el proceso de envejecimiento, las cuales incluyen: maltrato, inseguridad, aislamiento y soledad, entorno no inclusivo. Como aspectos positivos resaltan los programas para adultos y la infraestructura física municipal, además, la iluminación de espacios públicos, el acceso a servicios básicos y las zonas transitables para peatones del cantón. Al consultar sobre los temas específicos para promover salud en la etapa de la adultez y adultez mayor, se segregan en acciones para favorecer el estilo de vida saludable, el entorno y la participación política.

Discusión de resultados

Al clasificar los puntajes generales de qué según el rango que los autores del PEPS-II brindan (Hulme et al., 2003), el 49.4% de las respuestas es considerado como "Bueno", seguido por 32.6% con estilo de vida "Moderado", y a los extremos el 6.7% se clasifica como "Pobre" y el restante como "Excelente". De acuerdo con la autora del cuestionario, se considera como guía la media del puntaje la guía para análisis del estilo de vida saludable, siendo poco o no saludable para valores inferiores a este rango, el resultado global está por debajo de éste ($x=136$, $DE= 27.6$).

Los estilos de vida saludables, según la OMS (citado en Cerón, 2012), son formas de vida basados en las condiciones de vida en un sentido amplio y patrones individuales de conducta determinados por condiciones personales y socioculturales. En consonancia con este concepto, las conductas saludables o promotoras de salud son aquellas que, por un lado, favorecen la salud o estado de bienestar del individuo y a su vez, reducen los riesgos en salud y el bienestar de las personas (Gaete et al., 2016). Estas acciones son las que se deben fortalecer o modificar para lograr en los adultos y adultos mayores de la comunidad un estilo de vida saludable.

En los casos de estudio anteriores las mujeres tienen promedios más altos en Estilo de Vida Promotor de Salud (EVPS) Global, como Cid et al. (2006), Mellado-Sampedro et al. (2011) y Chávez (2010), sin embargo, en la población censada de estudio no hay evidencia para poder afirmar esta diferencia coincidiendo con los resultados de Escobar-Castellanos et al. (2018).

Discusión de resultados

Al segregar el análisis por las dimensiones o factores, cabe aclarar que la actividad física junto al manejo del estrés son las que menos puntaje general alcanzan, lo anterior sugiere que son los factores más débiles en la población de estudio, el cual puede ser el centro del abordaje de la promoción de la salud. Estos resultados son similares a los resultados con población adulta mexicana evaluada por Mellado-Sampedro et al. (2011), coincidiendo también en medias altas en crecimiento espiritual y relaciones interpersonales.

Cabe definir el concepto de actividad física, siendo ésta el movimiento del cuerpo humano que genera un gasto energético entonces engloba cualquier acción durante las horas del día en el trabajo, en las labores domésticas o en el tiempo libre (Bennasar, 2012). Esto quiere decir que, aunque incluye al ejercicio no es sinónimo, ya que éste es aquella la actividad física programada, estructurada y repetitiva. En tanto, el sedentarismo es la ausencia de actividad física.

En las Directrices de actividad física para los estadounidenses (Gobierno E.E.U.U., 2008) se encuentra evidencia fuerte de efectos del ejercicio en adultos y adultos mayores que incluye menor riesgo de muerte prematura, de enfermedades no transmisibles como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, entre otras; así como mejorar la condición cardiorrespiratoria y muscular, previniendo las caídas y mejorando la función cognitiva.

La actividad física entonces, no solo se debe atender como un componente de prevención, sino que también, como un elemento de intervención social, lo que puede favorecer las redes de apoyo y la calidad de vida de los adultos mayores (Duran, et al. 2017). Dicho autor dado a menciona que a mayor actividad física más probabilidades se tiene de presentar un mejor estilo de vida en la adultez mayor. Además, observando los resultados de las correlaciones se evidencia el efecto positivo sobre el manejo de estrés y la responsabilidad en la salud principalmente. Si se observa desde el Modelo de Nola Pender, se puede afirmar que los comportamientos deseados en cuanto a actividad física y manejo del estrés no son los óptimos, por lo que se pueden intervenir desde los factores situacionales e interpersonales en el entorno comunitario.

En cuanto a los puntajes y la variable edad, el grupo mayor de 65 años tiene la media de puntaje más alta. Lo anterior significa, que las dimensiones de estilo promotor de la salud están siendo menores en la edad adulta, lo que tiene directa relación con los hábitos adquiridos en la etapa más productiva y los resultados se evidencian en el deterioro de la salud física y mental de las personas cuando alcanzan su etapa como adultos mayores.

Discusión de resultados

En cuanto, la actividad física y el manejo del estrés se evidencian como los puntajes más bajos para éste el grupo (40 a 64 años). Es decir, esta población aunque tiene resultados generales moderados, en estas dos dimensiones se observa mayor afectación a su estilo de vida. Esto replica resultados como en Strain et al. (2024), donde se describe como con el paso de los años la actividad física es insuficiente y crece con el paso del tiempo en la región Latinoamérica tanto en hombres como mujeres.

En las demás dimensiones se evidencia la media mayor en el grupo de 65 años en adelante. Sin embargo, no hay evidencia significativa para afirmar las diferencias entre los grupos de edad, a excepción de la dimensión Manejo del estrés. Lo expuesto no concuerda con otros trabajos donde se aprecia una tendencia directa entre edad y conductas promotoras de salud (Triviño et al. 2007; Cid et al. 2006; Al-Kandari et al. 2008). Contrario a los hallazgos de Mellado-Sampedro et al. (2011).

Por otro lado, en las correlaciones se puede afirmar la asociación positiva entre cada una de las dimensiones del Perfil Promotor de Salud. Las más fuertes en los resultados se denotan entre Crecimiento espiritual con Relaciones interpersonales y Manejo del estrés; entre la Responsabilidad hacia la salud y el fomento de Relaciones Interpersonales y la Nutrición. Lo anterior puede considerarse en las aplicaciones prácticas de la promoción de la dimensión espiritual de la persona, evidenciado en su impacto positivo en las demás en las correlaciones más fuertes.

Durante el acercamiento con la comunidad en los foros, se mencionan muchas actividades que se pueden implementar en programas o proyectos del cantón a raíz de la política gestada, se observa como fortaleza el espacio físico municipal y los espacios públicos, donde muchos de estas ideas pueden ejecutarse. En dicha línea, los participantes expresan sus deseos de actividad física y deporte ejemplificando en actividades como ejercicios al aire libre y baile, prácticas de recreación como juegos de mesa, estas se reiteran en el tema de manejo del estrés concordando con lo encontrado a raíz del análisis estadístico de datos. De la misma forma para el fortalecimiento de las relaciones interpersonales priorizan el entorno, el salir “Compartir un cafecito”, es decir, espacios para el diálogo entre pares.

Sin embargo, son conscientes de la decisión y motivación personal que precede el autocuidado pues se tienen expresiones como “Hay que motivar más, por ejemplo, a los hombres que no participan” (Persona 4). Además, se señala la diferencia en cuanto al género que evidencia la participación en las agrupaciones. Por otro lado, destacan aspectos positivos para el uso de su territorio ligado a la iluminación, a espacios para transitar de forma inclusiva: “Yo a mi mamá la llevo al parque, le doy una vuelta en la silla de ruedas en las mañanas” (P7). Al contrario, ven barreras en la falta de aceras o espacios resbalosos por el riesgo que suscita.

Discusión de resultados

Las situaciones mayormente percibidas se ligan con maltrato en diversas entidades por lo que promover una cultura de buen trato en las instituciones locales puede ser una tarea por abordar: “Falta buen trato al adulto mayor en algunos bancos, buses” (P3). Se demanda el diálogo entre los sectores y la comunidad para el tema de la atención al adulto mayor. Estas situaciones se ligan a los factores de entorno y contexto que desde el Modelo de Nola Pender, pueden ser intervenidos y favorecer el comportamiento promotor de salud.

En el tema de responsabilidad a la salud se expresa la necesidad de una consulta específica de personas especialistas en gerontología y/o geriatría en los servicios de la salud, así como que a nivel municipal “haya más profesionales que puedan visitar y más charlas de las que aquí nos dan”. Mencionan poder vincularse con trabajos finales de graduación o tesis que den sus servicios a la comunidad.

En el entorno se quiere tener más apropiación del espacio en la edad adulta y adulta mayor: Dando más prioridad a los adultos mayores (P6). Esto resuena al mencionar que en el espacio público se destinan lugares específicos para niños y “hasta parque para perros hay” (P2) pero no espacios pensados para dicha población.

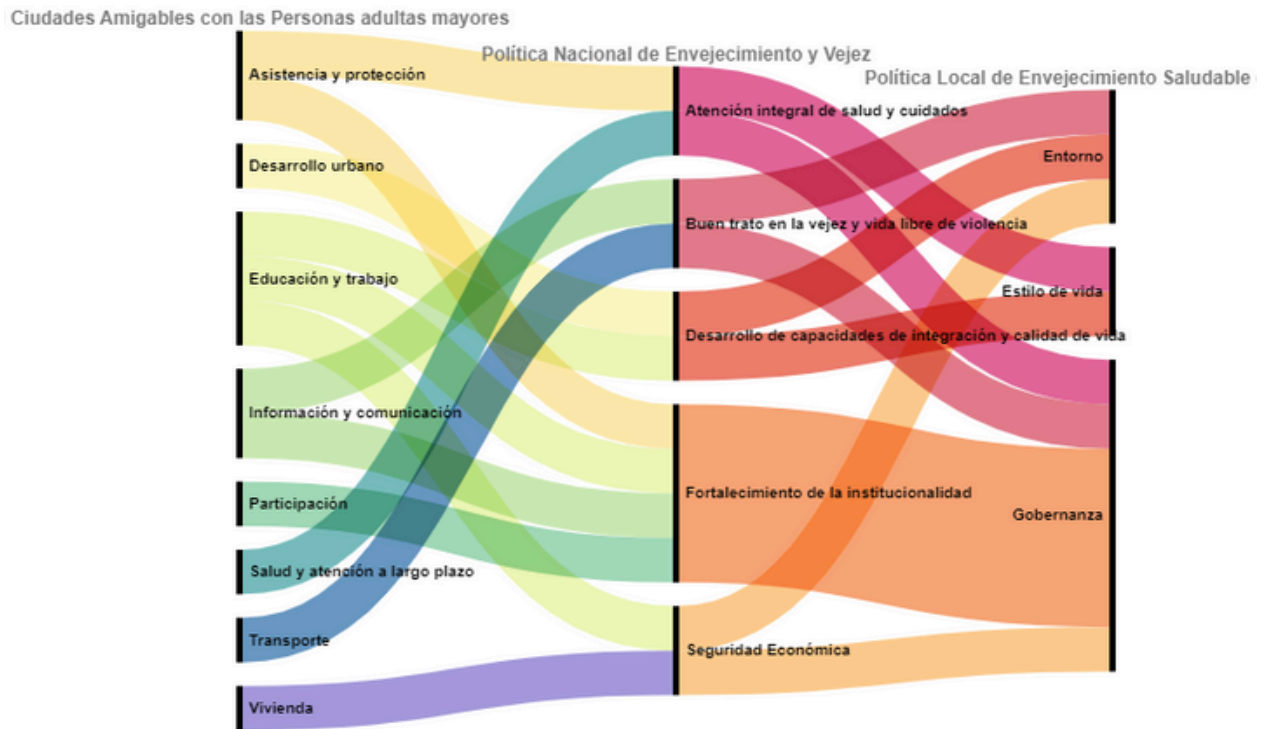
Además, otro subtema es la participación en decisiones políticas locales. Expresan descontento por la eliminación o cierre de actividades en donde no se toma en cuenta a la población participante, como ejemplo mencionan: “Una cosa que yo no perdono y no lo perdono a la municipalidad, que nos hayan quitado los ejercicios del estadio” (P9). O iniciativas como: “Algún proyecto o vivienda para adulto mayor ¿no sería bueno?” (P11). Puntualmente una persona menciona la posibilidad de incluirles con “Participación en el Consejo” (P5).

Según el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996 citado en Aristizábal et al. 2011) las experiencias individuales definen las conductas previas diagnosticadas mediada por factores como lo biológico, psicológico y sociocultural, conociendo estas influencias personales se traslapa en el estilo de vida (Eje 1), y las influencias situacionales como las características del entorno (Eje 2) y la gobernanza (Eje 3) para poder gestionar el plan de acción que en este caso es comunitario para el alcance de las conductas promotoras de la salud que se quieren alcanzar en la población de estudio de este cantón.

A partir de la separación de estos temas mencionados, se realiza esta triangulación donde se entrelazan los objetivos y temas del Marco de Ciudades Amigables con las Personas adultas mayores, Política Nacional de Envejecimiento Saludable 2023-2033, buscando integrar los ejes de cada tema en la presente propuesta de Política Local de Envejecimiento Saludable.

Discusión de resultados

Integración de ejes de políticas internacional, nacional y la propuesta local





Actividad física



Crecimiento espiritual



Manejo del estrés



Responsabilidad en salud



Nutrición



Relaciones interpersonales



Entorno

Conclusiones del diagnóstico

- Los adultos y adultos mayores mostraron estilo de vida promotor de salud categorizado como moderado. No hubo diferencia estadísticamente significativa por sexo ni distrito de residencia. Sin embargo, en cuanto a la variable edad, si hay diferencia significativa en la dimensión manejo del estrés entre los grupos, de 40 años a 64 años inclusive y las personas de 65 años o más.
- Se determina en los foros comunales las barreras que perciben para el envejecimiento, las cuales incluyen: maltrato, inseguridad, aislamiento y soledad, entorno no inclusivo. Además, aspectos positivos como la disponibilidad de espacios públicos y centros comunitarios, iluminación y opciones para la recreación en el cantón.
- Las dimensiones con más alta correlación positiva en el estilo de vida son el crecimiento espiritual y la responsabilidad hacia la salud, por lo que favorecerles tendrá impacto positivo en las demás áreas estudiadas.
- Los temas específicos para promover salud en la etapa de la adultez y adultez mayor se segregan en acciones para favorecer el estilo de vida saludable, el entorno y la participación política.
- Se definen para el Plan de Acción los ejes Estilo de Vida, Entorno y Gobernanza a partir de los hallazgos; interconectadas con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez actual y el marco internacional de Ciudades Amigables para los Adultos mayores.

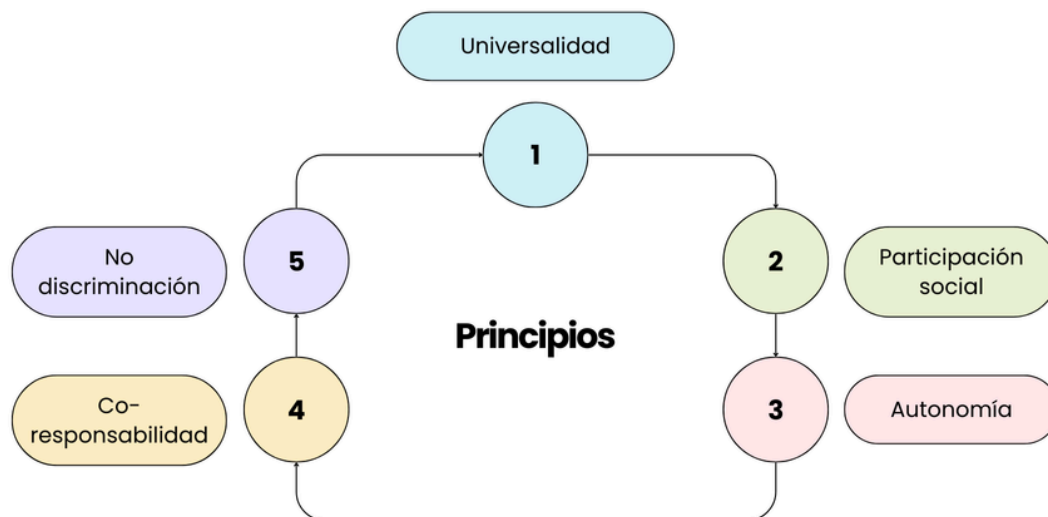
Población objetivo



- Este documento tiene como población diana a los adultos y adultos mayor del cantón de Curridabat, ya que, el proceso de envejecimiento inicia con el nacimiento de cada ser humano, sin embargo, esta política trabaja específicamente en la población de 40 años en adelante del cantón.



Principios de la Política Local para el Envejecimiento Saludable



A continuación se describen los principios que rigen la PLES del cantón de Curridabat con el fin de garantizar las buenas prácticas institucionales para el alcance de la calidad de vida de las personas en el proceso de envejecimiento.

Universalidad



Accesibilidad de los servicios y derechos para toda la población, sin exclusión alguna.

No discriminación



Asegura que ninguna persona sea tratada de manera desfavorable por motivos de raza, género, orientación sexual, discapacidad, religión, origen étnico, entre otros

Participación social



La participación social es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades se involucran activamente en la toma de decisiones que afectan sus vidas.

Co-responsabilidad



Promueve la colaboración y el trabajo conjunto para alcanzar objetivos comunes, reconociendo la responsabilidad compartida de cada actor social en el desarrollo y bienestar de la sociedad.

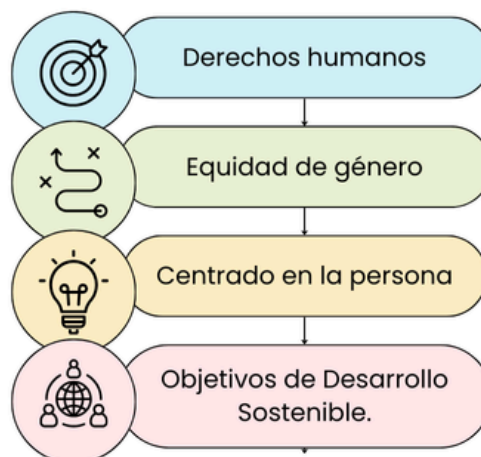
Autonomía



Se centra en la capacidad de los individuos y las comunidades para tomar decisiones informadas y libres sobre su vida y bienestar. Empoderar a las personas para que ejerzan control sobre sus propias vidas, respetando su dignidad y derechos.

Enfoques de la Política Local para el Envejecimiento Saludable

Los enfoques desde los cuales se desarrolla la Política son los derechos humanos, la equidad de género, centrado en la persona y considerando los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



➤ Enfoque de derechos humanos

Marco conceptual que se utiliza para guiar el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas, centrando la atención en los derechos fundamentales de las personas.

(Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006)

➤ Enfoque de equidad de género

Perspectiva que busca eliminar las desigualdades entre hombres y mujeres en todos los ámbitos de la vida, garantizando que ambos géneros tengan las mismas oportunidades, recursos y beneficios. Sin embargo, reconoce las diferencias y necesidades específicas de cada género.

(CEPAL, 2017)

➤ Centrado en la persona

Perspectiva que pone a las personas en el centro del diseño y entrega de servicios y políticas, reconociendo sus necesidades, preferencias, y derechos individuales. Busca el respeto a la autonomía y dignidad, y su participación activa en las decisiones que afectan sus vidas.

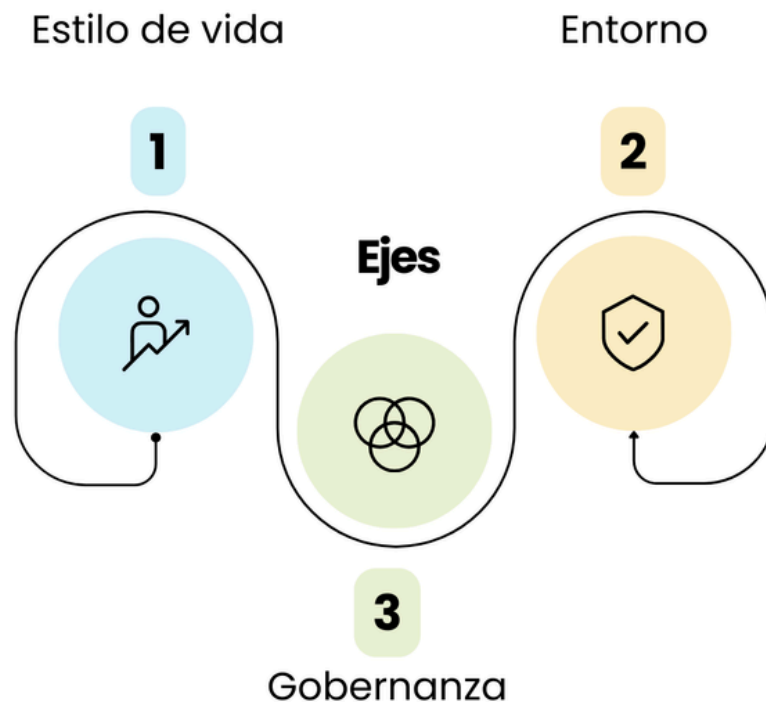
(OMS, 2015)

➤ Objetivos de Desarrollo Sostenible

Perspectiva global que busca abordar los desafíos más apremiantes del mundo, como la pobreza, la desigualdad, la injusticia y el cambio climático. Promueve el desarrollo sostenible en sus dimensiones: económica, social y ambiental, asegurando que nadie quede atrás.

(Naciones Unidas, 2015)

Ejes de la Política Local para el Envejecimiento Saludable



En este apartado se redactan los ejes de acción de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2024-2029 sostenido en el Marco de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Adultas Mayores y la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033 de Costa Rica.

Los ejes de acción de la PLES 2025-2030 son fundamentales, ya que agrupan los temas prioritarios para alcanzar el mayor bienestar posible de las personas adultas mayores del cantón. Como se muestra en la figura, estos ejes están interrelacionados, ya que de su conjunto depende que una persona pueda satisfacer sus necesidades para un envejecimiento saludable. Esto depende tanto del estilo de vida del individuo, como del entorno que lo rodea y del marco local que facilite ese desarrollo.

Ejes, lineamientos, objetivos, indicadores, acciones y metas de la Política Local para el Envejecimiento Saludable

Eje 1: Estilo de vida

Justificación

El estilo de vida se establece como el eje central de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2025-2030, debido a su enfoque en la persona. La política pública busca incentivar a cada individuo a mejorar su autocuidado, promoviendo cambios intrínsecos en ideas, valores y conductas. Estos cambios son fundamentales para fomentar una vida saludable, reconociendo que están influenciados por factores ambientales y la gestión cantonal de los recursos.

<p>Objetivo Estratégico</p>	<p>Promover el estilo de vida saludable en la población adulta y adulta mayor en el cantón de Curridabat a partir del 2025.</p>
<p>Objetivos Específicos</p>	<p>Incentivar prácticas saludables de gestión del estrés, la nutrición y las relaciones interpersonales en la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.</p> <p>Promover espacios para el fortalecimiento de actividad física y el ejercicio en las comunidades para la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.</p> <p>Estimular el uso y mantenimiento de espacios públicos en las comunidades para la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.</p>

Ejes, lineamientos, objetivos, indicadores, acciones y metas de la Política Local para el Envejecimiento Saludable

Eje 2: Entorno

Justificación

El entorno en el que las personas se desenvuelven es crucial para alcanzar su máximo potencial en términos de calidad de vida e integración al espacio físico. Este eje reconoce la importancia de un entorno saludable y accesible, que no solo facilita la movilidad y la interacción social, sino que también promueve el bienestar general y la participación equitativa de la comunidad en su entorno.

Objetivo Estratégico

Facilitar el desarrollo del máximo potencial de las personas adultas y adultas mayores en su integración con la comunidad cantonal.

Objetivos Específicos

Promover espacios públicos que favorezcan el bienestar físico, social y mental en el cantón de Curridabat.

Supervisar el acceso a los servicios básicos de transporte, vivienda, trabajo y educación de la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.

Incentivar la participación social en la gestión del entorno de los habitantes del cantón de Curridabat mayores de 40 años.

Ejes, lineamientos, objetivos, indicadores, acciones y metas de la Política Local para el Envejecimiento Saludable

Eje 3: Gobernanza

Justificación

El rol de la gestión política municipal es fundamental para garantizar una vida digna en todas las etapas del ciclo vital. La capacidad de la comunidad para crear y mantener condiciones adecuadas para un envejecimiento saludable debe ser un eje central que guíe la acción comunal. Esta gobernanza efectiva asegura que las políticas y recursos estén alineados con las necesidades de la población, facilitando un entorno en el que todos los ciudadanos puedan disfrutar de una vida plena y digna.

Objetivo Estratégico

Impulsar las capacidades y condiciones de las instituciones locales para el disfrute de una vida pacífica y un trato digno en la vejez.

Objetivos Específicos

Mejorar los canales de comunicación y acceso a la información para las personas adultas mayores, garantizando su derecho a estar informadas sobre los servicios y recursos disponibles en las instituciones públicas del cantón.

Promover una cultura de respeto y buen trato hacia las personas adultas mayores, implementando estrategias para prevenir y erradicar todas las formas de violencia en la vejez.

Desarrollar programas intersectoriales, intergeneracionales y actividades que potencien la integración social de las personas adultas mayores.

Corroborar las capacidades y recursos de las instituciones locales para proteger y promover los derechos de las personas adultas mayores del cantón, asegurando una respuesta eficaz y coordinada a sus necesidades.

Modelo de gestión de la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat

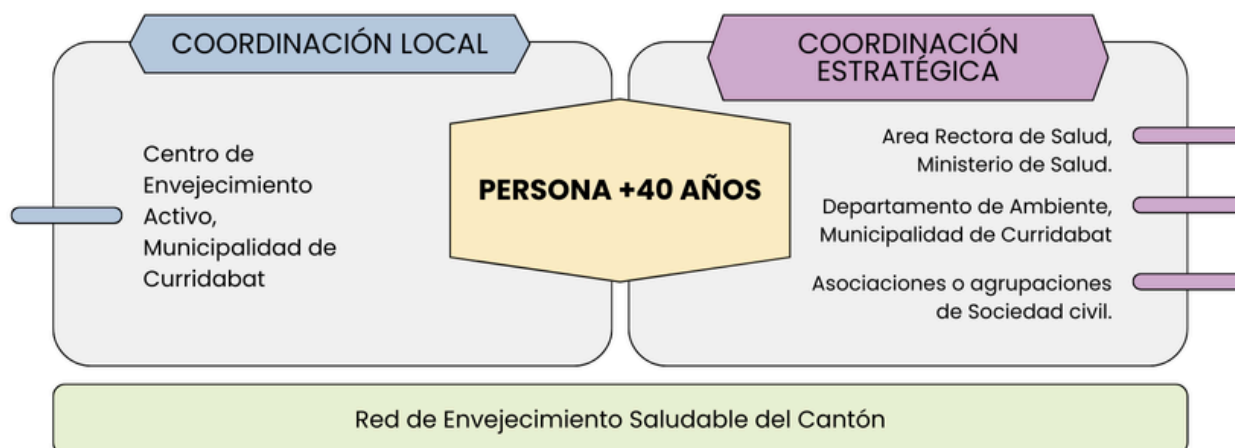
El trabajo de gestionar este marco político local es intersectorial: Instituciones públicas o estatales, locales, sector privado ubicadas en el espacio que rige el Gobierno Local y corresponde a estrategias transdisciplinarias debido a la diversidad de ejes de acción planteados. Centrado en la persona adulta y adulta mayor a las que se le brindan servicios o productos.

- **Coordinación local**
- **Comisión interinstitucional: Red de Envejecimiento Saludable del Cantón.**
- **Núcleos de coordinación: Por eje temático.**

Se inicia el Modelo de Gestión de la PLES como se evidencia en la Figura, donde la coordinación inicial se propone con rotación bianual por cada eje de acción. La coordinación local se puntualiza en el espacio municipal que trabaja con la población adulta mayor de Curridabat, en este caso el Centro de Envejecimiento Activo y la coordinación estratégica se comparte con instituciones fundamentales para el alcance de los objetivos de los ejes estilo de vida, entorno y gobernanza. se recomienda la creación de una Red de Envejecimiento Saludable para el cantón, que sirva como un espacio de encuentro y colaboración entre los actores sociales mencionados previamente.

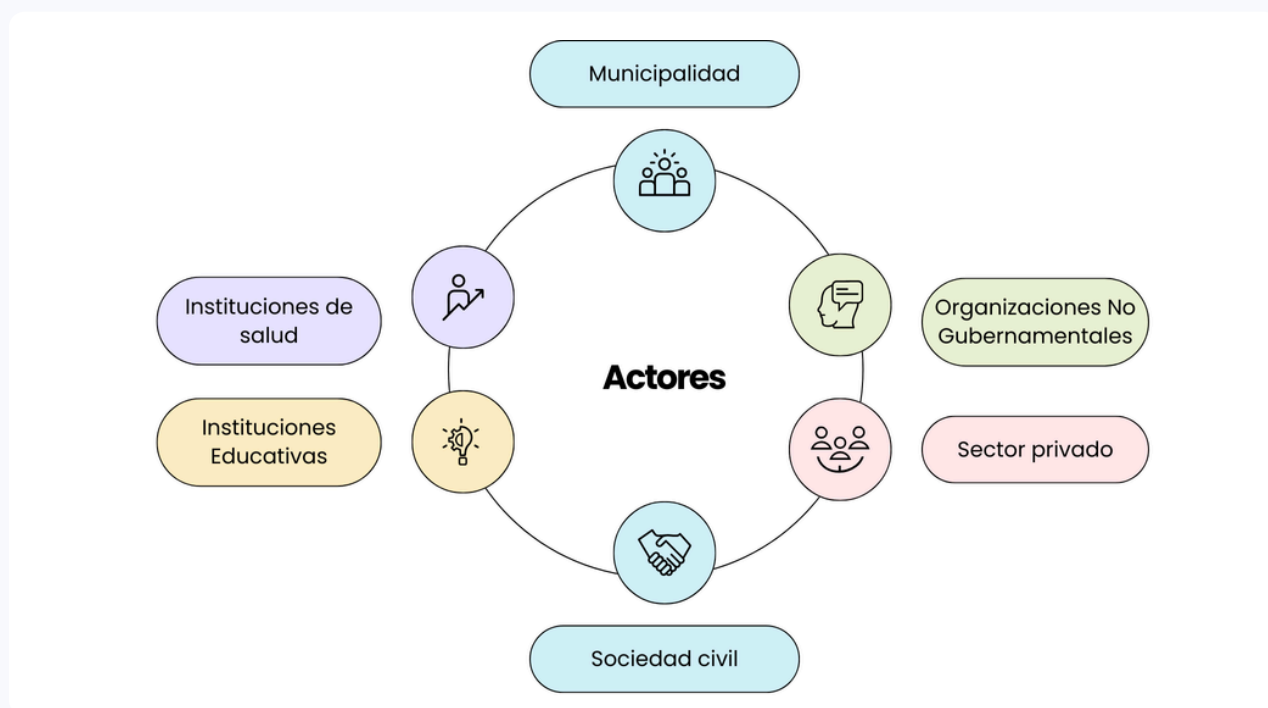
Instancia de consulta

- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).
- Ministerio de Salud de Costa Rica.
- Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, Organización Panamericana de la Salud.



Visualización de actores de la Política Local para el Envejecimiento Saludable

Para que la Política Local para el Envejecimiento Saludable del cantón de Curridabat 2024-2029 se desarrolle de forma adecuada, debe gestarse la colaboración de actores clave que contribuyen al bienestar de las personas mayores en la comunidad. Los mismos son diversos y abarcan desde instituciones gubernamentales hasta organizaciones de la sociedad civil, permite reflejar la importancia de la coordinación integral y la atención multisectorial para promover el envejecimiento saludable en el cantón así como su efectividad y sostenibilidad.



Modelo de Evaluación, Seguimiento y Rendición de Cuentas de la PLES 2025-2030



Se establecen instancias del sistema de evaluación, seguimiento y la rendición de cuentas utilizando:

1. Coordinación local: Municipalidad.
2. Comisión interinstitucional de coordinación y seguimiento.
3. Núcleos de Coordinación Estratégica: Formular por eje de la PLES.
4. Consejo Consultivo de Personas Adultas Mayores.
5. Otras instancias externas.

Sistema de Seguimiento			
Función	Responsables	Periodicidad	Productos
Verificación de implementación del Plan de Acción de la PLES 2025-2030.	Centro de Envejecimiento Saludable, Municipalidad de Curridabat	Anual	Informes según metas e indicadores
		Bianual	Encuesta de percepción a la ciudadanía según los objetivos de los ejes de la PLES.
Proceso de evaluación			
Evaluación y mejora de implementación del Plan de Acción de la PLES 2025-2030. Evaluación de resultados del Plan de Acción de la PLES 2025-2030.	Municipalidad de Curridabat	Quinquenal (Inicio en 2028)	Diagnóstico de cumplimiento de PLES. Medidas correctivas o ajustes al Plan de acción, si aplica.

Plan de Acción de la Política Local para el Envejecimiento Saludable



Un plan de acción de una política es un documento estratégico que detalla los pasos específicos necesarios para implementar una política previamente establecida. Su propósito es traducir los objetivos generales de la política en acciones concretas y medibles, de manera que se puedan alcanzar los resultados deseados de forma organizada y efectiva.

En este apartado se presenta el plan de acción de la propuesta de PLES 2025-2030 que incluye por cada eje, los objetivos específicos, la acción estratégica o acciones, sus respectivos indicadores, la meta, los recursos, el responsable y el periodo. Se debe establecer la evaluación del primer año como línea base sobre la cual trabajar las metas posteriormente.

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 1: Estilo de vida

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
Incentivar prácticas saludables de gestión del estrés, la nutrición y las relaciones interpersonales en la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.	Implementar un programa integral de bienestar dirigido a la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat, que incluya talleres comunitarios de gestión del estrés, asesoría nutricional, y actividades grupales para fortalecer las relaciones interpersonales.	Número de programas/proyectos implementados Cantidad de actividades realizadas. Número de participantes por distrito.	Tener un programa sectorizado por distrito para atender a la población mayor de 40 años del cantón. El 70% de los participantes en actividades grupales reportan una mejora en sus relaciones interpersonales y en el apoyo social.	Centro de Envejecimiento Activo municipal	Presupuesto para desarrollo de programa. Encuestas sobre percepción de apoyo social antes y después de las actividades.

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 1: Estilo de vida

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
Promover espacios para el fortalecimiento de actividad física y el ejercicio en las comunidades para la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.	<p>Desarrollar y mantener espacios recreativos al aire libre y gimnasios urbanos en diversas comunidades del cantón de Curridabat, específicamente diseñados para la población mayor de 40 años.</p> <p>Organizar eventos comunitarios para fomentar la cultura de ejercicio regular en diversas comunidades del cantón de Curridabat, específicamente diseñados para la población mayor de 40 años.</p>	<p>Cantidad de espacios municipales utilizados por la población para actividad física o ejercicio.</p> <p>Número de participantes por actividad.</p> <p>Cantidad de actividades realizadas por Municipalidad</p> <p>Cantidad de actividades realizadas por distrito.</p>	<p>Al finaliza el quinquenio lograr tener espacios recreativos en en cada distrito del cantón.</p> <p>Lograr la participación del 30% de la población mayor de 40 años en las actividades comunitarias realizadas en los espacios públicos cantonales.</p>	Centro de Envejecimiento o Activo municipal	<p>Presupuesto para mejora de espacio público.</p> <p>Observación directa</p> <p>Fotografías</p> <p>Encuestas de antes y después de la implementación de actividades.</p>

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 1: Estilo de vida

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
Estimular el uso y mantenimiento de espacios públicos en las comunidades para la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.	Implementar un programa comunitario que promueva el uso regular de espacios públicos (parques, plazas, áreas verdes) para actividades recreativas, culturales y deportivas dirigidas a la población mayor de 40 años.	Cantidad de espacios municipales. Número de participantes de eventos. Cantidad de eventos realizados	Lograr la participación del 30% de la población mayor de 40 años en las actividades comunitarias realizadas en los espacios públicos cantonales. Al menos el 80% de los usuarios de los espacios públicos se sienten seguros y satisfechos con las condiciones del lugar (accesibilidad, limpieza, infraestructura).	Centro de Envejecimiento o Activo municipal. Municipalidad de Curridabat.	Presupuesto. Observación directa y fotografías de implementación del programa.

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 2: Entorno

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
<p>Promover espacios públicos que favorezcan el bienestar físico, social y mental en el cantón de Curridabat.</p>	<p>Desarrollar y acondicionar espacios públicos para que sean inclusivos, accesibles y seguros para la recreación física, áreas para la interacción social y la realización de actividades culturales y de relajación.</p>	<p>Cantidad de espacios públicos adaptados a la población adulta y adulta mayor.</p> <p>Cantidad de espacios públicos accesibles para personas con movilidad reducida.</p> <p>Cantidad de intervenciones para mejoras dirigidas a población adulta y adulta mayor en espacios públicos</p>	<p>Al menos el 70% de los espacios públicos en el cantón de Curridabat están habilitados y adaptados para el uso de la población mayor de 40 años.</p> <p>Al menos el 80% de los espacios públicos del cantón son evaluados para mejorar condiciones para la población adulta a partir 40 años.</p>	<p>Gestión ambiental, Municipalidad de Curridabat.</p>	<p>Presupuesto para mantenimiento de espacio público.</p> <p>Observación directa</p> <p>Encuesta de satisfacción de espacio público</p>

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 2: Entorno

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
Supervisar el acceso a los servicios básicos de transporte, vivienda, trabajo y educación de la población mayor de 40 años en el cantón de Curridabat.	Implementar un sistema de monitoreo continuo que evalúe la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios básicos de transporte, vivienda, trabajo y educación para la población mayor de 40 años. Este sistema también incluirá el análisis de las barreras que limitan el acceso a estos servicios y promoverá la formulación de recomendaciones de políticas públicas para mejorar su acceso.	Número de opciones disponibles para cuidado de salud pública o gratuita. Número de opciones disponibles para cuidado de salud privada. Número de opciones disponibles para educación de adultos en el cantón. Número de opciones disponibles para transporte público en el cantón. Número de opciones de vivienda en el cantón con facilidades para adulto mayor. Número de opciones disponibles para cuidado de salud mental. Número de centros de cuidado diurno del cantón. Número de hogares de larga estancia del cantón. Número de quejas sobre servicios básicos en el cantón.	Elaborar lista de servicios por sector para personas mayores de 40 años en el cantón, disponible para consulta pública para el año 2027. Realizar/ analizar evaluaciones sobre transporte, vivienda, trabajo y educación una vez al año. Incrementar en un 20% el acceso a oportunidades de educación no formal e informal (cursos, talleres, capacitaciones) para la población mayor de 40 años.	Centro de Envejecimiento o Activo municipal. Municipalidad de Curridabat.	Encuestas anual a población de 40 años en adelante del cantón

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 2: Entorno

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
<p>Incentivar la participación social en la gestión del entorno de los habitantes del cantón de Curridabat mayores de 40 años.</p>	<p>Fomentar la creación y fortalecimiento de comités comunitarios intergeneracionales que incluyan la participación de la población mayor de 40 años en la gestión y mejora del entorno.</p>	<p>Número de comités comunitarios intergeneracionales formados.</p> <p>Cantidad de proyectos o actividades intergeneracionales comunitarios ejecutados anualmente.</p> <p>Nivel de satisfacción de los participantes mayores de 40 años</p>	<p>Establecer al menos 1 comités intergeneracional en el cantón.</p> <p>Implementar al menos 2 proyectos comunitarios al año con la participación de personas mayores de 40 años.</p> <p>Alcanzar un nivel de satisfacción del 70% o más en las encuestas anuales realizadas a los participantes mayores de 40 años.</p>	<p>Centro de Envejecimiento Activo municipal.</p> <p>Municipalidad de Curridabat.</p>	<p>Presupuest o para desarrollo de programa</p>

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 3: Gobernanza

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
Mejorar los canales de comunicación y acceso a la información para las personas adultas mayores, garantizando su derecho a estar informadas sobre los servicios y recursos disponibles en las instituciones públicas del cantón.	Desarrollar y consolidar una red de comunicación multicanal accesible para las personas adultas mayores, mediante la implementación de puntos de información física, campañas de difusión en medios tradicionales (radio, prensa) y digitales	<p>Número de puntos de información físicos establecidos en el cantón.</p> <p>Porcentaje de personas adultas mayores capacitadas en alfabetización digital.</p> <p>Cantidad de campañas de difusión realizadas anualmente</p>	<p>Instalar al menos 1 punto de información en lugares estratégicos de cada distrito.</p> <p>Comunicación de actividades por distritos al menos una vez al mes.</p> <p>Establecer buzón de sugerencias en Centros comunitarios distritales para el 2025 e informe anual</p>	<p>Centro de Envejecimiento Activo municipal.</p> <p>Municipalidad de Curridabat.</p>	<p>Presupuesto de comunicación.</p> <p>Pizarra informativa por distrito</p> <p>Material publicitario</p> <p>Presupuesto para publicidad: oral, impresa, auditiva, digital.</p>

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 3: Gobernanza

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
<p>Promover una cultura de respeto y buen trato hacia las personas adultas mayores, implementando estrategias para prevenir y erradicar todas las formas de violencia en la vejez.</p>	<p>Desarrollar e implementar un programa integral de sensibilización y prevención de la violencia hacia las personas adultas mayores, que incluya campañas educativas en la comunidad, capacitación a funcionarios públicos y cuidadores, para la denuncia y atención oportuna de casos de violencia.</p>	<p>Cantidad de campañas enfocadas en educar a la comunidad sobre el respeto y el buen trato hacia las personas adultas mayores. Encuestas periódicas para medir el conocimiento de la comunidad acerca de los derechos de las personas adultas mayores y los canales para denunciar violencia. Número de trabajadores municipales y externos locales que han recibido formación en prevención y manejo de situaciones de violencia. Cuantificar reportes de incidentes de violencia ocurridos en el cantón a personas adultas mayores.</p>	<p>Ejecutar al menos 3 campañas anuales en medios tradicionales y digitales. Realizar encuesta anual a personas adultas y adultas mayores sobre conocimiento de canales de denuncia. Ejecutar al menos 1 taller al año para funcionarios municipales y externos. Capacitar al 50% de los funcionarios públicos y cuidadores del cantón. Reducir los incidentes reportados en un 10% respecto al año anterior.</p>	<p>Municipalidad de Curridabat, Departamento de Comunicación Centro de Envejecimiento Activo municipal.</p>	<p>Presupuesto para comunicación</p>

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 3: Gobernanza

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
Desarrollar programas intersectoriales y actividades que potencien la integración social de las personas adultas mayores.	Implementar un programa de integración social intersectorial que coordine a diferentes instituciones y organizaciones, promoviendo actividades recreativas, culturales y educativas, y fomentando la participación activa de las personas adultas mayores en iniciativas comunitarias, con un enfoque en la inclusión y diversidad.	Cantidad de programas y actividades desarrolladas en colaboración con distintos sectores (salud, educación, cultura, deporte, etc.). Cantidad de personas adultas y adultas mayores que participan activamente en los programas y actividades. Cantidad de sectores involucrados en el desarrollo de proyectos/actividades. Frecuencia de actividades recreativas, culturales y educativas organizadas en el cantón, segregadas por distrito.	Implementar al menos 2 proyectos intersectoriales de integración social por año. Involucrar al menos 4 sectores diferentes (salud, cultura, deporte, educación) en las actividades para el 2027. Involucrar al menos 6 sectores diferentes (salud, cultura, deporte, educación) en las actividades para el 2030. Lograr que al menos el 25% de las personas adultas mayores del cantón participen en los programas intersectoriales. Para el 2030 al menos 12 actividades para adultos y adultos mayores al año por distrito (1 al mes).	Red de Envejecimiento Saludable del Cantón. Centro de Envejecimiento Activo municipal. Municipalidad de Curridabat	Presupuesto para desarrollo de programa.

Plan de Acción de la PLES 2025-2030

Eje 3: Gobernanza

Objetivo	Acción Estratégica	Indicador	Meta	Responsable	Recursos
Corroborar las capacidades y recursos de las instituciones locales para proteger y promover los derechos de las personas adultas mayores del cantón, asegurando una respuesta eficaz y coordinada a sus necesidades.	Realizar una evaluación integral y fortalecimiento institucional para identificar las capacidades y recursos existentes en las instituciones locales, y desarrollar un plan de mejora interinstitucional que garantice la protección y promoción de los derechos de las personas adultas mayores.	<p>Número de instituciones locales evaluadas en cuanto a su capacidad y recursos.</p> <p>Porcentaje de instituciones locales con protocolos de atención a personas adultas mayores implementados.</p> <p>Nivel de satisfacción de las personas adultas mayores con los servicios de las instituciones municipales y locales.</p>	<p>Evaluar al menos 5 instituciones locales claves en el cantón para el 2027.</p> <p>Evaluar al menos 10 instituciones locales claves en el cantón para el 2030.</p> <p>Lograr que el 60% de las instituciones locales cuenten con protocolos específicos de atención a personas adultas mayores para el 2030.</p> <p>Alcanzar un 85% de satisfacción en las encuestas sobre la atención recibida.</p>	Municipalidad de Curridabat	Presupuesto para desarrollo de programa.

Referencias



- Alfaro, N., & Segura, G. (2023). Informe de Encuesta: Percepciones sobre las personas adultas mayores en Costa Rica. [Documento en pdf]. <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/26828>
- Alfaro-Alfaro N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Sal Jal*;1(1):36-46. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Al-Kandari F, Vidal V, Thomas D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among college of nursing students in Kuwait: a correlational study. *Nursing and Health Sciences*; 10: 43-50. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00370.x>
- Alvarado, A., Bandera, A., Carreto, B, Pavón, R., Alejandre, G. (2020). Etiología y fisiopatología del SARS-CoV-2. *Rev Latin Infect Pediatr.*; 33 (s1): s5-s9. <https://dx.doi.org/10.35366/96667>
- Arias, M. S. y Gutiérrez, Y. (2020). Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(2). Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.39979>
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguiñ, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es.
- Aristizábal, G., & Blanco, D., & Sánchez, A., & Ostiguiñ, RM. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4),16-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>.
- Barrón, M., Mardones, M., Vera, S., Ojeda, G., & Rodríguez, F. (2006). Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile. *Theoria*, 15(1),33-44. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29915104>
- Bennasar, M. (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. Tesis doctoral. Universidad de les Iles Balears. <http://hdl.handle.net/11201/151910>
- Bolaños, J., Guevara, R., Mesén, M., & Sigarán, M.. (2018). Hacia la construcción de ciudades inclusivas para personas adultas mayores: propuesta metodológica para el cantón de Curridabat. [Tesis de grado] Universidad de Costa Rica. <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/items/5268f40e-c0b5-4e16-ba2a-c8326be962fd>
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 409-422. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500004&lng=es&tlng=es.
- Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. (2006). Vol 7. *Revista Chilena de Medicina Familiar*. 6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Bangkok, Tailandia.
- Castillo, M. (2019). Breve análisis sobre el diseño teórico de la investigación cualitativa en la construcción del conocimiento científico. *Retos de la Ciencia*, 3(6), pp. 1-9. <https://core.ac.uk/display/229098026>
- Cerón, C. (2012). Editorial. *Universidad y Salud*, 14(2), 115. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200001&lng=en&tlng=es.
- Chávez, A., Vidal D, Merino J.M. Determinantes Sociales de la Salud y Conductas Vinculadas a Salud. Comuna de Coronel, Región del Bío-Bío, Chile. *Cuad. méd-soc*. 2010; 50(1): 39-48. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9510477.pdf>
- Cid, P., Merino, J., Stieповich J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*; 134: 1491-1499. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001200001>
- Constitución Política de la República de Costa Rica. (1948). Legislación nacional. Costa Rica.
- Cueto, M. (2020). La salud global, la salud planetaria y los historiadores. *Quinto Sol*, 24(3), pp. 1-21, <https://doi.org/10.19137/qs.v24i3.4834>
- Durán, S., Sánchez, H., Valladares, M., López, A., Valdés-Badilla, P., & Herrera, T. (2017). Actividad física y perfil de estilos de vida promotores de la salud en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 145(12), 1535-1540. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001201535>
- Enríquez, M., Peche, P., Ibarra, A., Gómez, E., Villarreal, A., & Medina, R. (2022). Propiedades psicométricas de la versión en español del instrumento Health-Promoting Lifestyle Profile-II en universitarios mexicanos. *Enfermería Global*, 21(66), 398-423. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.490521>

Anexos

- ① Encuesta sociodemográfica
- ② Escala Perfil Estilo de Vida Promotor de Salud II
- ③ Guía de Foro comunal
- ④ Otros

Anexo: Mapeo de actores de la Política Local para el Envejecimiento Saludable

Lista de instituciones públicas o estatales, locales, sector privado y sociedad civil.



Religiosos

- ✓ Iglesia Católica San Antonio de Padua y filiales.
- ✓ Parroquia Santa Eduvigis, Tirrases.
- ✓ Sede Este Schoenstatt.
- ✓ Iglesia Adventista del Séptimo Día, José María Zeledón
- ✓ Iglesia Ríos de Alabanza, José María Zeledón.
- ✓ Christ Fellowship Costa Rica, Barrio San José.
- ✓ Iglesia de Dios Pentecostal, Barrio San José.
- ✓ Iglesia Bíblica Bautista, Freses de Curridabat
- ✓ Centro Cristiano Renacer, Curridabat centro.



Arte y cultura

- ✓ Centro Cultural Municipal
- ✓ Teatro Expresivo
- ✓ Centros o grupos de música/canto/
baile/pintura
- ✓ La Casa del Pueblo, Granadilla
- ✓

Visualización de actores de la Política Local para el Envejecimiento Saludable

Instituciones públicas o estatales, locales, sector privado.



Sociales

- ✓ Centro de Desarrollo Humano El Hogar, José María Zeledón
- ✓ Centro de Desarrollo Humano La Cometa, Tirrases
- ✓ Centros diurnos, Hogares de Cuido.
- ✓ Centros comerciales



Deportivos

- ✓ Piscina Municipal, José María Zeledón
- ✓ Piscina Universidad Santa Paula
- ✓ Complejo Deportivo Forza Vital
- ✓ Centro Acuatico De Alto Rendimiento
- ✓ Smartfit, Walmart Cipreses
- ✓ San José Indoor Club
- ✓ Parques municipales
- ✓ Centro Comunitario El Tirrá, Tirrases
- ✓ Gimnasios George Angulo
- ✓ Gimnasios Multispa
- ✓ Gimnasio Gold's
- ✓ Cruch Curridabat








Educativos

- ✓ Universidad Autónoma de Centroamérica
- ✓ Universidad Santa Paula
- ✓ Programa Interinstitucional para la persona adulta mayor, UCR
- ✓ Programa Persona Adulta Mayor, UNED



Contacto para consultas de la propuesta

 Website	sanusvitaconsultores.com
 Celular	8740-9468
 E-mail	ericka.murillo@ucr.ac.cr
 Social Media	@sanusvita_cr
 Ubicación	San José, Costa Rica





Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Ericka Carolina Murillo Rodríguez, con cédula de identidad 114940605, en mi condición de autor del TFG titulado PROPUESTA DE POLÍTICA LOCAL PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE A PARTIR DEL ESTILO DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 40 AÑOS DEL CANTÓN DE CURRIDABAT EN EL 2024

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Ericka Carolina Murillo Rodríguez

Número de Carné: B14640 Número de cédula: 114940605

Correo Electrónico: ericka.murillo ucr.ac.cr

Fecha: 20 de diciembre del 2024 Número de teléfono: 87409468

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): PhD. Carolina Santamaría Ulloa

ERICKA
CAROLINA
MURILLO
RODRIGUEZ

Firmado digitalmente por ERICKA CAROLINA MURILLO RODRIGUEZ
DN: SERIALNUMBER=CPF-01-1494-0605, SN=MURILLO RODRIGUEZ, G=ERICKA CAROLINA, C=CR, O=PERSONA FISICA, OU=CPF, CN=ERICKA CAROLINA MURILLO RODRIGUEZ
Razón: Soy el autor de este documento
Ubicación: Purisical, Costa Rica
Fecha: 2024.12.20 14:45:19-06'00'
Foxit PDF Reader Versión: 2024.2.2

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.