

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL
Escuela de Ciencias Agrarias
Facultad de Ciencias de la Tierra y el Mar de la Universidad Nacional

**Fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria en el
Hogar de la Esperanza: un enfoque de Seguridad Alimentaria y
Nutricional basado en la Teoría del Comportamiento
Planificado, Costa Rica.**

Ronald Andrey Ureña Jiménez

**Trabajo Final de Graduación sometido a conocimiento de la
Comisión Asesora de Investigación y Trabajos finales de graduación del Programa de Maestría en
Gerencia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional para optar al grado y título de Máster en Gerencia
de la Seguridad Alimentaria y Nutricional**

Heredia, Costa Rica, 2026

MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Dr. Leonardo G. Granados Rojas
Coordinador de la Maestría en Gerencia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional

Msc. Kattia Solano Leandro
Tutora

Lic. Ronald Andrey Ureña Jiménez
Sustentante

Resumen

La investigación diagnóstica realizada en el Hogar de la Esperanza (HLE), ubicado en San José, Costa Rica, organización dedicada a la atención integral de personas que viven con VIH en condiciones de vulnerabilidad social, incluyó un diagnóstico de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), a partir del cual se evidenciaron deficiencias críticas en la cultura y en las prácticas de inocuidad alimentaria dentro del servicio de alimentación institucional. Esta situación adquiere especial gravedad debido a que la población beneficiaria está conformada por personas que viven con VIH, muchas de ellas en contextos de alta vulnerabilidad social, abuso de sustancias y condiciones de salud inestables, lo que incrementa significativamente su susceptibilidad a enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).

Desde el enfoque de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el problema central se define como un riesgo elevado de deterioro de la utilización biológica de los alimentos y de la estabilidad nutricional, asociado a condiciones inadecuadas de inocuidad alimentaria. La investigación diagnóstica identificó como causas principales la falta de capacitación formal en inocuidad, prácticas inadecuadas de manipulación y consumo de alimentos, limitaciones estructurales del entorno físico, ausencia de lineamientos y procedimientos institucionales estandarizados, alta rotación de personas que participan en la preparación de alimentos y restricciones presupuestarias que limitan la mejora de infraestructura y equipamiento.

Los hallazgos empíricos mostraron brechas importantes en el conocimiento y la percepción de riesgo: un porcentaje significativo de beneficiarios desconoce el concepto de inocuidad alimentaria, consume alimentos crudos o insuficientemente cocidos, no separa alimentos crudos de cocidos y presenta prácticas inconsistentes de higiene de manos, muchas veces condicionadas por la falta de insumos básicos. Estas condiciones, combinadas con un entorno físico vulnerable (presencia de plagas, deficiencias en almacenamiento y limpieza, equipos deteriorados), configuran un escenario de alta

probabilidad de ETA, con efectos potenciales sobre la salud, la adherencia al tratamiento antirretroviral, el estado inmunológico y los procesos de reinserción social promovidos por el HLE.

Ante este contexto, la propuesta de solución plantea la implementación de un Programa Integral de Fortalecimiento de la Cultura de Inocuidad Alimentaria, enmarcado en la SAN y sustentado en la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP). Esta propuesta reconoce que las prácticas de inocuidad no dependen únicamente del conocimiento técnico, sino también de las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido, especialmente en poblaciones vulnerables.

El programa será ejecutado de manera interna por el Hogar de la Esperanza, con el apoyo voluntario y técnico de Andrey Ureña, en coherencia con el enfoque institucional y el modelo de reducción del daño que caracteriza al HLE.

El programa integra acciones educativas continuas y adaptadas a personas que viven con VIH, el uso de materiales visuales accesibles (rótulos, guías e infografías), la adecuación del entorno para facilitar comportamientos seguros, y mecanismos de acompañamiento solidario institucional y corresponsabilidad. Asimismo, incorpora un sistema de monitoreo participativo y de mejora continua, de carácter no punitivo, orientado a consolidar prácticas sostenibles en el tiempo.

En conjunto, la propuesta busca reducir el riesgo sanitario, fortalecer la utilización biológica de los alimentos, proteger la adherencia al tratamiento antirretroviral y contribuir al bienestar integral de las personas beneficiarias, entendiendo la inocuidad alimentaria no solo como un requisito técnico, sino como un componente esencial del derecho humano a la alimentación adecuada y de la atención integral de las personas que viven con VIH.

Abstract

The diagnostic research conducted at the Hogar de la Esperanza (HLE), located in San José, Costa Rica—an organization dedicated to the comprehensive care of people living with HIV in conditions of social vulnerability—included a diagnosis of Food and Nutrition Security (FNS), through which critical deficiencies were identified in the culture and practices of food safety within the institutional food service. This situation is particularly concerning given that the beneficiary population consists of people living with HIV, many of whom experience conditions of high social vulnerability, substance use disorders, and unstable health status. These factors significantly increase their susceptibility to foodborne diseases (FBDs).

From a Food and Nutrition Security (FNS) perspective, the core problem is defined as an elevated risk to the biological utilization of food and nutritional stability, resulting from inadequate food safety conditions. The diagnostic findings highlighted several contributing factors, including the absence of structured food safety training, inappropriate food handling and consumption practices, limitations in the physical environment, lack of standardized institutional procedures, high turnover of individuals involved in food preparation, and financial constraints that restrict improvements in infrastructure and equipment.

Empirical evidence revealed significant gaps in knowledge and risk perception. A considerable proportion of beneficiaries demonstrated limited understanding of food safety concepts, reported consuming raw or undercooked foods, failed to separate raw and cooked products, and showed inconsistent hand hygiene practices—often conditioned by insufficient access to basic hygiene supplies. When combined with environmental vulnerabilities such as pest presence, inadequate storage, deficient cleaning practices, and deteriorated equipment, these factors create a high-risk scenario for foodborne illness, potentially affecting health outcomes, adherence to antiretroviral therapy, immune function, and the social reintegration processes supported by HLE.

In response, the proposed solution consists of implementing a Comprehensive Food Safety Culture Strengthening Program, grounded in the FNS framework and supported by the Theory of Planned Behavior (TPB). This approach acknowledges that food safety practices are influenced not only by technical knowledge but also by attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control—elements that are particularly relevant in vulnerable populations.

The program will be implemented internally by Hogar de la Esperanza, with voluntary and technical support from Andrey Ureña, in accordance with the institutional approach and the harm reduction model that characterizes HLE.

The program integrates continuous and tailored educational actions for people living with HIV, the use of accessible visual materials (signage, guides, and infographics), environmental adaptations to facilitate safer behaviors, and mechanisms of institutional supportive accompaniment and shared responsibility. Likewise, it incorporates a participatory and non-punitive monitoring and continuous improvement system aimed at consolidating sustainable practices over time. Overall, the proposal seeks to reduce sanitary risk, strengthen the biological utilization of food, protect adherence to antiretroviral treatment, and contribute to the overall well-being of beneficiaries. Food safety is thus framed not merely as a technical requirement, but as an essential component of the human right to adequate food and of comprehensive care for people living with HIV.

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Costa Rica y a la Maestría en Gerencia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional por la formación brindada a lo largo del programa, la cual permitió el desarrollo del presente Trabajo Final de Graduación.

De manera especial, agradezco a las autoridades, personal administrativo y profesionales del Hogar de la Esperanza por su apertura, colaboración y disposición para compartir su experiencia y conocimiento, elementos fundamentales para la realización de este proyecto.

Asimismo, expreso mi agradecimiento a las personas participantes en las entrevistas y encuestas, cuyo aporte fue fundamental para comprender la importancia de la inocuidad alimentaria y su relación con la atención integral de las personas que viven con VIH, así como sus experiencias de vida, dificultades y retos, los cuales permitieron una mejor comprensión del contexto social en el que se desarrolla esta investigación.

Agradezco especialmente a los compañeros y compañeras de la maestría, con quienes tuve la oportunidad de conocer diversas realidades, culturas y contextos de sus países, lo cual representó un proceso profundamente enriquecedor y transformador. De igual manera, expreso mi agradecimiento al profesor Carlos Soto Padilla, quien fue mi tutor durante una etapa del proyecto, y a la profesora Kattia Solano Leandro, quien me apoyó durante la etapa final del proceso, brindándome acompañamiento, motivación y confianza en momentos en los que sentía que no sería posible culminarlo.

Finalmente, agradezco a mi familia, a mi pareja y personas cercanas por el apoyo, la comprensión y la motivación constante durante el desarrollo de este proceso académico.

Dedicatoria

Soy el segundo hijo de una familia de cinco, nacido en un pequeño pueblo cafetalero de la Zona de los Santos, específicamente en Bajo Canet de Tarrazú, un lugar donde el tiempo parece avanzar al ritmo del trabajo en el campo y el olor a café acompaña los recuerdos de la infancia. Durante esos años, jamás imaginé que el estudio formaría parte de mi camino; creía que mi destino estaría ligado al trabajo en el campo, un trabajo que siempre he considerado digno, honesto y lleno de valor, tal como había ocurrido con las generaciones que me precedieron.

Sin embargo, mi familia me regaló algo mucho más grande: la oportunidad de estudiar, acompañada de sacrificio, apoyo y amor incondicional. Aún conservo en la memoria los gestos sencillos que lo decían todo: mi papito dejándome cada mañana, antes de irse a trabajar, los 150 colones con los que podía pagar el desayuno en el colegio; mi mamita, siempre presente, sosteniéndome con paciencia y fortaleza en los momentos más difíciles de la adolescencia; y mis cuatro hermanos, compañeros de vida, a quienes adoro con todo mi corazón.

En este camino, las universidades públicas y sus sistemas de becas fueron esenciales para que este sueño pudiera sostenerse en el tiempo. Gracias a estas oportunidades, fue posible que hoy sea el profesional que soy, demostrando que la educación pública transforma vidas y abre caminos que, de otro modo, parecían inalcanzables.

Por todo ello, y más dedico este grado de maestría a mi familia, y a todas aquellas personas que, como yo, han salido de zonas rurales con sueños grandes y ganas de comerse el mundo. Que este logro sea un recordatorio de que, aun cuando el camino parece lejano, todo es posible cuando se avanza con dedicación, disciplina y esfuerzo.

Índice

CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
Descripción del problema	1
Delimitación del problema	17
Delimitación espacial.....	17
Antecedentes de la situación problemática.....	19
Alternativas de solución	25
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	30
Enfoque de derechos humanos y Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN).....	30
Marco Legal y Conceptual: Alimentación, Seguridad e Inocuidad	30
Marco Normativo de Costa Rica: Inocuidad, VIH y Justicia Social.....	31
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	33
Inocuidad alimentaria como eje de la salud pública y la protección social	35
Conceptualización de inocuidad alimentaria	35
Componentes estructurales de la inocuidad alimentaria	37
Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) y carga sanitaria	39
Naturaleza de los peligros y etiología	39
Impacto socioeconómico y productividad	39
Inocuidad alimentaria, VIH y terapia antirretroviral (TAR)	41
Persistencia del riesgo en la era de la TAR.....	41
La inocuidad como componente del abordaje integral	43
Cultura de inocuidad alimentaria como determinante organizacional	46
Componentes de la cultura de inocuidad alimentaria	46
Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) aplicada a la inocuidad alimentaria.....	48
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA	52
Fuentes de información	52
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	56
Análisis FODA.....	59
Matriz de involucrados.....	62
PROPUESTA DE SOLUCION.....	69
Objetivos del Proyecto	69
<i>Objetivo General</i>	69
<i>Objetivos específicos</i>	70
Modalidad de ejecución.....	71

<i>Metodología</i>	71
<i>Etapas</i>	72
<i>Organización operativa</i>	78
<i>Estrategia gerencial</i>	81
Descripción entidad ejecutora	83
Aliados estratégicos en la implementación	83
Productos y resultados esperados	84
Indicadores de logro, monitoreo y evaluación	87
Presupuesto.....	93
REFERENCIAS	1
ANEXOS	11
Anexo 1. Guía de evaluación sanitaria de servicios de alimentación – Ministerio de salud.....	11
Anexo 2. Encuesta sobre Cultura de Inocuidad Alimentaria - Hogar de la Esperanza	16
Anexo 3. Entrevista semiestructurada	18
Anexo 4. Criterios de evaluación del proyecto	20

Índice de tablas

Tabla 1 Fuentes de información y técnica de recolección	52
Tabla 2 Escalas de encuesta	54
Tabla 3 Análisis FODA del servicio de alimentos del HLE.....	59
Tabla 4 Matriz de involucrados del Hogar de la Esperanza del Hogar de la Esperanza.....	63
Tabla 5 Sistematización objetivo específico 1.....	74
Tabla 6 Sistematización objetivo específico 2.....	75
Tabla 7 Sistematización objetivo específico 3.....	76
Tabla 8 Sistematización objetivo específico 4.....	77
Tabla 9 Descripción de las funciones del personal en el proyecto	80
Tabla 10 Productos o resultados de la propuesta.....	84
Tabla 11 Indicadores de logro, monitoreo y evaluación.....	87
Tabla 12 Análisis de riesgo del proyecto.....	89
Tabla 13 Cronograma de actividades.....	91
Tabla 14 Presupuesto recurso humano	94
Tabla 15 Presupuesto de materiales.....	95

Índice de figuras

Figura 1 Descripción de problemática, causas y efectos.	5
Figura 2 Participación de beneficiarios en la preparación de alimentos, conocimiento de inocuidad e importancia de la inocuidad en el servicio de alimentación	6
Figura 3 Rol de cocina Hogar de La Esperanza	7
Figura 4 ¿Tiene acceso a agua, jabón y alcohol para lavarse las manos?	9
Figura 5 ¿Se lava las manos antes de comer?	9
Figura 6 Ubicación del Hogar de la Esperanza	17
Figura 7 Edad y genero de población del HLE	18
Figura 8 Ejes para el análisis de antecedentes de la situación problemática	20
Figura 9 Mapeo de antecedentes, clasificación por eje temático	21
Figura 10 <i>Grupos Vulnerables</i>	35
Figura 11 Ruta metodológica para el fortalecimiento de la cultura de inocuidad	73
Figura 12 Organización operativa del proyecto	78

Lista de abreviaturas

CD4: Linfócitos T CD4. Su recuento es un indicador clave de la salud inmunológica en personas con VIH.

CELAC: Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

HLE: Hogar de la Esperanza

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

PMA: Programa Mundial de Alimentos

POES: Procedimiento operativo estandarizado de sanitización

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/ En la actualidad se evita su uso por aspectos de estigma, por lo que se utiliza el termino VIH Avanzado.

TAR: Tratamiento Antirretroviral

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Descripción del problema

La Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) constituye un derecho humano fundamental y un eje estratégico para la salud pública. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la SAN implica que todas las personas tengan acceso físico, social y económico, en todo momento, a alimentos inocuos, nutritivos y suficientes para satisfacer sus necesidades y preferencias alimentarias (FAO, 2023).

Esta condición se sustenta en cuatro pilares centrales: disponibilidad, acceso, utilización biológica y estabilidad. Entre ellos, el pilar de utilización biológica, relacionado con la capacidad del organismo para absorber y aprovechar los nutrientes, adquiere especial relevancia en poblaciones inmunológicamente comprometidas, ya que la exposición a alimentos contaminados puede desencadenar enfermedades que deterioran la absorción de nutrientes, generan descompensaciones metabólicas y ponen en riesgo la vida. La evidencia científica ha demostrado que las personas que viven con VIH son particularmente vulnerables a infecciones transmitidas por alimentos y agua, lo que impacta directamente la utilización biológica y puede influir de manera indirecta en los otros pilares de la SAN (OMS, 2022; OPS, 2021).

Desde esta perspectiva, la inocuidad alimentaria se constituye como un componente estructural de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, en tanto condiciona de manera directa la utilización biológica de los alimentos y, de forma indirecta, la estabilidad nutricional y terapéutica de las poblaciones en condición de vulnerabilidad. La exposición reiterada a alimentos contaminados no solo incrementa la ocurrencia de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), sino que compromete la absorción de nutrientes, la estabilidad clínica y la capacidad del organismo para responder a tratamientos médicos, particularmente en personas inmunosuprimidas.

En este sentido, los centros de atención y apoyo para personas con VIH y abuso de sustancias desempeñan un papel crucial en la garantía del derecho humano a una alimentación adecuada. Estos espacios no solo proveen alimentación diaria, sino que también ofrecen acompañamiento interdisciplinario, acceso al tratamiento antirretroviral, apoyo psicosocial y acciones orientadas a la recuperación de la autonomía.

Para esta población, la provisión de alimentos inocuos y la existencia de prácticas adecuadas de higiene y manipulación no constituyen únicamente un requerimiento operativo, sino una condición esencial para preservar la salud, sostener la adherencia terapéutica y promover procesos de reinserción social. Así, la gestión alimentaria en estos centros es un componente estratégico para asegurar entornos seguros y protectores, y se convierte en una dimensión crítica de la SAN a nivel institucional.

El Hogar de la Esperanza (HLE), ubicado en Paso Ancho, distrito de San Sebastián, San José, Costa Rica, se configura como un espacio de atención integral para personas que viven con VIH, muchas de ellas en situaciones de alta vulnerabilidad social, episodios de abuso de sustancias, antecedentes de vida en calle o condiciones de salud inestables.

El HLE alberga alrededor de 25 beneficiarios y ofrece cinco tiempos de comida al día dentro de un modelo de gestión basado en la política de puertas abiertas y en el enfoque de reducción del daño. Este modelo promueve la participación de los beneficiarios en diversas actividades, incluidas aquellas relacionadas con la preparación de alimentos, integrándoles en procesos cotidianos que fortalecen habilidades prácticas, autonomía y reconstrucción del proyecto de vida. Estas características hacen del HLE un escenario particularmente pertinente para un diagnóstico de SAN, ya que combina una población altamente vulnerable, una dinámica comunitaria activa y una operación alimentaria donde los mismos residentes participan directamente en la manipulación de los alimentos.

En este contexto, mediante un diagnóstico cualitativo se identificaron deficiencias críticas en la cultura y en las prácticas de inocuidad alimentaria por parte de las personas beneficiarias y del servicio de alimentación, situación que expone a la población a riesgos sanitarios que pueden afectar gravemente su estado de salud, su estabilidad nutricional y su proceso de recuperación integral. Por tanto, desde una perspectiva de Seguridad Alimentaria y Nutricional, dichas deficiencias se entienden como causas estructurales y operativas de un problema de mayor jerarquía, en tanto comprometen de manera directa el pilar de utilización biológica de los alimentos.

En consecuencia, el problema central se define como la existencia de un riesgo elevado de deterioro de la utilización biológica de los alimentos y de la estabilidad nutricional en las personas que viven con VIH beneficiarias del Hogar de la Esperanza, asociado a condiciones de inocuidad alimentaria inadecuadas en el servicio de alimentación institucional. Este problema reviste especial importancia desde la SAN, dado que incrementa la probabilidad de enfermedades transmitidas por alimentos, deterioro gastrointestinal, malabsorción de nutrientes y, en consecuencia, afectación de la evolución clínica y de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Asimismo, genera posibles repercusiones en la estabilidad alimentaria y en el acceso institucional, al tensionar la capacidad operativa y los recursos del centro.

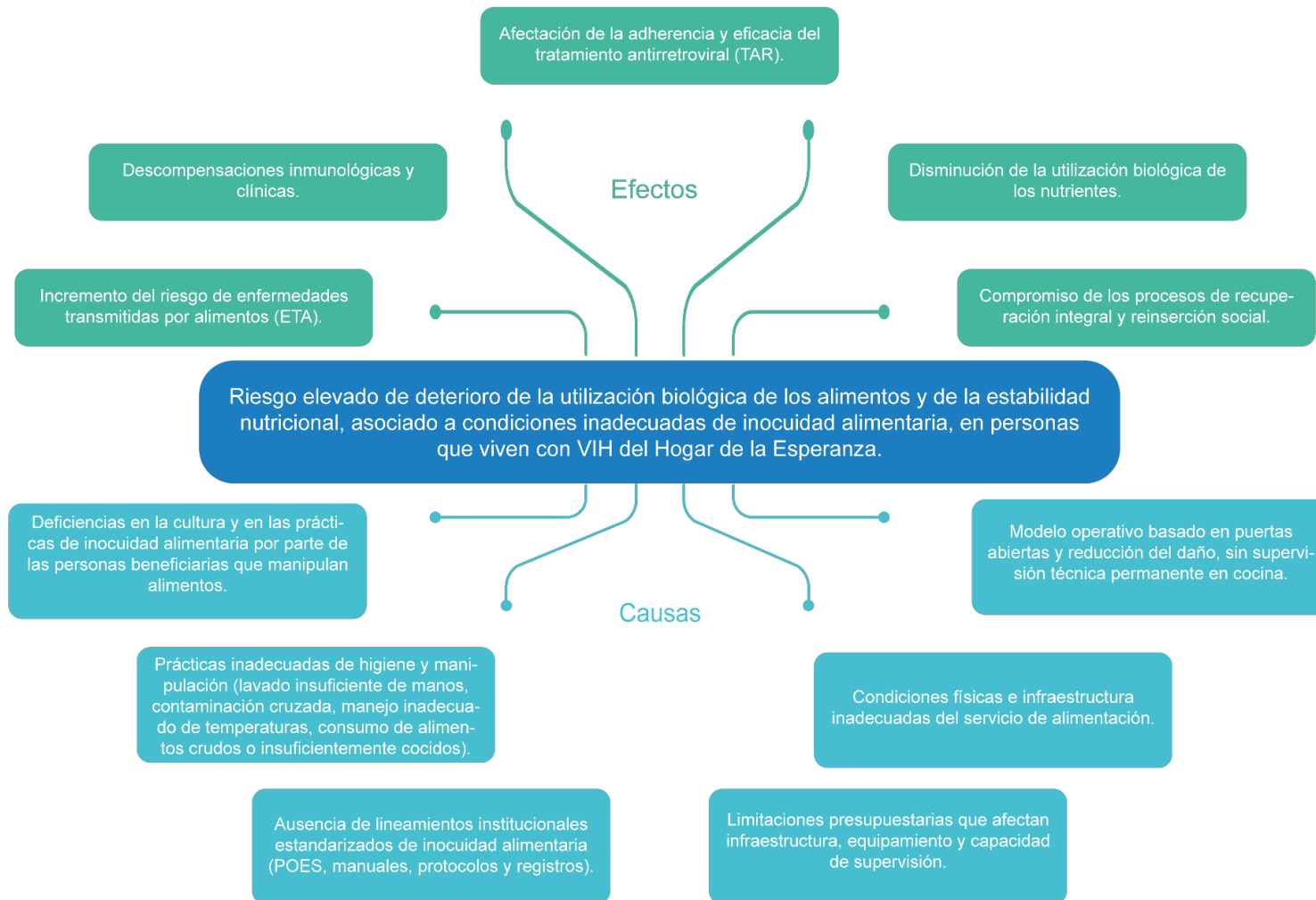
La calificación de este problema como un riesgo elevado se sustenta en la convergencia de tres elementos desde la perspectiva de la SAN: la alta vulnerabilidad biológica de la población beneficiaria, asociada a la inmunosupresión propia del VIH; la exposición documentada y recurrente a prácticas y condiciones que comprometen la inocuidad alimentaria; y la ausencia de factores protectores institucionales suficientes que permitan prevenir, controlar o mitigar dichos riesgos. Esta combinación configura un escenario en el que la probabilidad de afectación a la utilización biológica de los alimentos y a la estabilidad nutricional no es meramente potencial, sino significativamente elevada, lo que justifica la

formulación del problema como un problema prioritario de Seguridad Alimentaria y Nutricional que requiere intervención.

La situación de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza (HLE) se sustenta en un conjunto de causas directas e indirectas que interactúan entre sí y que se manifiestan en el contexto específico de la organización, su modelo de gestión y las características de la población beneficiaria. Estas causas explican en profundidad por qué el servicio de alimentación enfrenta condiciones que comprometen la seguridad de los alimentos y elevan el riesgo sanitario para una población especialmente vulnerable como lo son las personas que viven con VIH. Desde un enfoque SAN, estas causas se organizan jerárquicamente como factores explicativos del problema central previamente definido y se representan en el árbol de problemas que se presentan a continuación.

Figura 1

Descripción de problemática, causas y efectos.

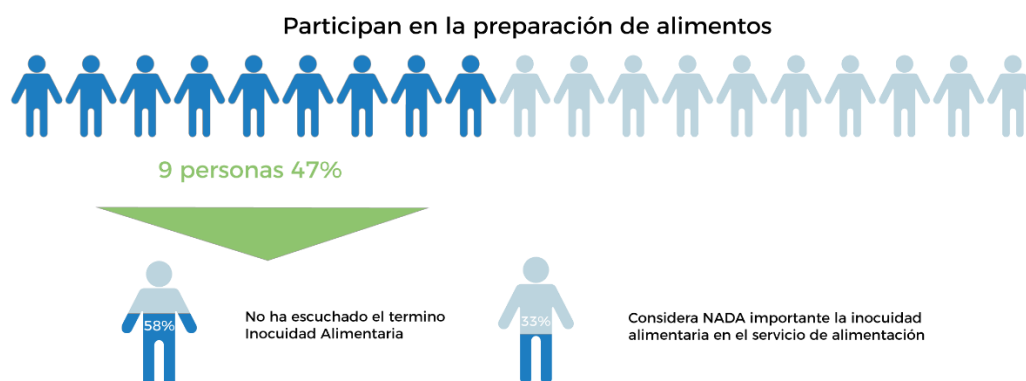


Nota: elaboración propia a partir de investigación diagnóstica.

Sobre la falta de capacitación formal en inocuidad para beneficiarios que manipulan alimentos, debe mencionarse que estos participan de la preparación de los alimentos como parte de la dinámica cotidiana del Hogar de la Esperanza, especialmente por el modelo de puertas abiertas y la necesidad de favorecer procesos ocupacionales y de autonomía. Sin embargo, no existen procesos sistemáticos de formación en inocuidad alimentaria, lo que genera una brecha significativa entre las necesidades sanitarias de la población y las prácticas reales de quienes manipulan los alimentos.

Figura 2

Participación de beneficiarios en la preparación de alimentos, conocimiento de inocuidad e importancia de la inocuidad en el servicio de alimentación



Nota: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta de cultura de inocuidad, como parte de la investigación diagnóstica.

La encuesta aplicada como parte de la investigación diagnóstica fue construida con base en la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB), la cual sostiene que la adopción de un comportamiento está determinada por la intención conductual, influida a su vez por las actitudes individuales hacia la conducta, las normas subjetivas y el control conductual percibido. Este instrumento fue administrado a los beneficiarios con el fin de comprender los factores psicosociales que influyen en la adopción de prácticas seguras y sostenibles. Como parte de los

resultados se evidenció que un 58% de las personas que participan en cocina nunca han escuchado el término “inocuidad alimentaria”, un 37% no ha recibido capacitaciones en manipulación de alimentos, y un 26% carece de recursos básicos para el lavado correcto de manos (figura 4). Estas brechas formativas ocurren en un contexto donde la salud de los residentes depende directamente de que quienes preparan los alimentos, comprendan los riesgos asociados a la contaminación, las malas prácticas y las enfermedades transmitidas por alimentos. La Figura 3 evidencia parte de esta problemática, ya que se observa claramente que los mismos beneficiarios participan en el proceso de preparación de los alimentos, situación que incrementa la importancia de fortalecer la capacitación, la supervisión y la delimitación de funciones dentro del área de cocina.

Figura 3

Rol de cocina Hogar de La Esperanza

Día	Desayuno	Almuerzo	Café	Cena
Miércoles 4 junio	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael
	Douglas	Rosa	Douglas	Douglas
Jueves 5 junio	Kevin	Sara	Douglas	Douglas
	Sara	Rosa	Sara	Sara
Viernes 6 junio	Rafael	Roy	Rafael	Rafael
	Roy	Rosa	Roy	Roy
Sábado 7 junio	Kevin	Kevin	Kevin	Kevin
	Roy	Roy	David	David
Domingo 8 junio	Kevin	Kevin	Kevin	Kevin
	Sandra	Sandra	Sandra	Sandra
Lunes 9 junio	Rafael	Roy	Rafael	Rafael
	Roy	Rosa	Roy	Roy
Martes 10 junio	Douglas	Rosa	Douglas	Douglas
	Kevin	Kevin	Kevin	Kevin
Miércoles 11 junio	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael
	Douglas	Rosa	Douglas	Douglas

Nota: Matriz de cocina rige hasta el 11 de junio
Equipo será responsable del cumplimiento de la matriz de cocina

Nota: rol de cocina colocado en la refrigeradora del HLE, durante visita de investigación diagnóstica.

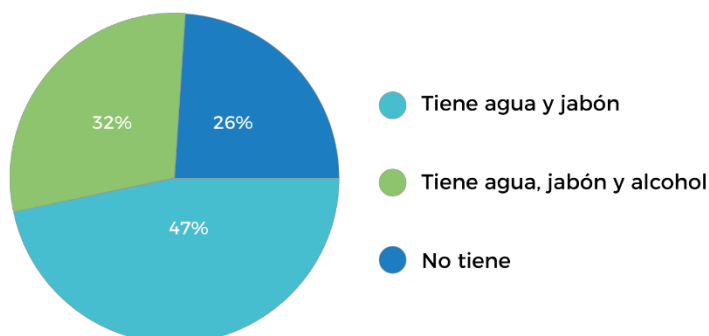
Además, la rotación constante de beneficiarios, derivada de internamientos hospitalarios, recaídas en consumo, ingresos recientes o egresos, provoca que el personal que colabora cambie con frecuencia, dejando la preparación de los alimentos en manos de personas que no cuentan con conocimientos técnicos y que, por su condición de salud, requieren acompañamiento permanente.

Respecto a la segunda causa, las prácticas observadas durante el diagnóstico del servicio de alimentación, así como las reportadas por los beneficiarios en las encuestas, reflejan riesgos concretos que comprometen la inocuidad. Entre estos destacan el lavado insuficiente de manos, riesgo de contaminación cruzada, limpieza no estandarizada de superficies y utensilios, manejo inadecuado de temperaturas y consumo de alimentos crudos o insuficientemente cocidos.

Los resultados evidenciados en las Figuras 4 y 5 reflejan brechas importantes entre el acceso a insumos para la higiene de manos y la práctica efectiva de esta medida antes del consumo de alimentos. En relación con el acceso, únicamente el 32% de las personas encuestadas indicó contar de manera completa con agua, jabón y alcohol para el lavado de manos, mientras que un 47% dispone solo de agua y jabón, y un 26% manifestó no contar con ninguno de estos insumos. Esta limitación en la disponibilidad de recursos básicos constituye un factor crítico que afecta el control conductual percibido y condiciona la adopción de prácticas adecuadas de inocuidad alimentaria.

Figura 4

¿Tiene acceso a agua, jabón y alcohol para lavarse las manos?

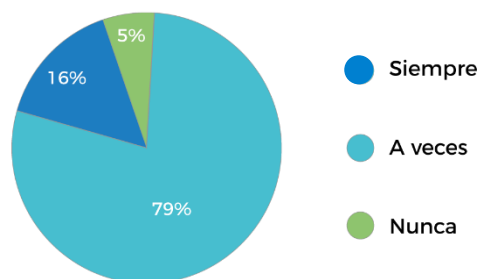


Nota: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta de cultura de inocuidad, como parte de la investigación diagnóstica.

Por otra parte, respecto al hábito de lavado de manos antes de comer, el 79% de los participantes indicó realizar esta práctica solo algunas veces, mientras que únicamente el 16% afirmó hacerlo siempre y un 5% señaló no realizarla nunca. Estos resultados sugieren que, además de las limitaciones estructurales, existen debilidades en la consolidación de hábitos consistentes de higiene, lo cual incrementa el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos. En conjunto, los hallazgos confirman la necesidad de intervenciones educativas y de fortalecimiento del entorno que promuevan tanto el acceso continuo a insumos como el desarrollo de una cultura de inocuidad alimentaria basada en prácticas sistemáticas y sostenibles.

Figura 5

¿Se lava las manos antes de comer?



Nota: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta de cultura de inocuidad, como parte de la investigación diagnóstica.

Los resultados del instrumento aplicado muestran que 68% consume huevo crudo o aguado, 16% consume pollo con tonalidades rosadas, 21% ingiere alimentos que se han caído al suelo, y 30% no separa alimentos crudos de cocidos. Además, un 42% desconoce las temperaturas seguras de almacenamiento, el acceso a insumos para la higiene es limitado y el lavado de manos antes de consumir alimentos no es una práctica uniforme. Estos hallazgos reflejan una brecha entre la intención declarada de mejorar hábitos y el comportamiento real, lo cual coincide con la lógica de la TPB sobre las barreras estructurales y cognitivas que enfrentan las personas beneficiarias.

A nivel operativo, las prácticas de manipulación se ven afectadas por la ausencia de procedimientos claros y por la falta de acompañamiento técnico continuo, lo cual incrementa la probabilidad de contaminación en un entorno donde la población residente presenta un riesgo sanitario elevado.

Por otro lado, en referencia a la tercera causa identificada las condiciones físicas del servicio de alimentación representan otro factor determinante. El espacio disponible es reducido, los equipos básicos no están estandarizados, las áreas de almacenamiento no cuentan con capacidad suficiente y las condiciones observadas dificultan el mantenimiento de una higiene continua.

Durante el diagnóstico mediante la lista de verificación del Ministerio de Salud, utilizada como fuente primaria para evaluar infraestructura, se identificaron plagas como moscas, cucarachas y gatos; vegetales en mal estado mezclados con producto sano; derrames de alimentos en bodegas; refrigeradores sucios con presencia de residuos y productos sin identificación; y áreas críticas como la cocina y la zona de vegetales expuestas a riesgos de contaminación cruzada.

Asimismo, el área de cocina, las bodegas y las áreas de almacenamiento presentan limitaciones que impiden separar adecuadamente alimentos perecederos, no perecederos y materiales no relacionados con la manipulación de alimentos. Las goteras, el deterioro del cielo raso y la campana extractora fuera de funcionamiento contribuyen a un ambiente que no facilita el cumplimiento de buenas prácticas de inocuidad.

Por último, el Hogar de la Esperanza opera bajo un modelo de puertas abiertas y un enfoque de reducción del daño, lo que significa que las personas residentes pueden ingresar y salir con relativa libertad y que se prioriza la atención integral antes que la imposición de conductas o restricciones estrictas. Este enfoque es esencial para la recuperación y dignidad de la población, pero también implica que la preparación de alimentos recaiga en beneficiarios que no siempre tienen estabilidad emocional, habilidades previas o experiencia técnica.

La rotación frecuente asociada a recaídas, hospitalizaciones, ingresos recientes o egresos hace que las personas que cocinan cambien continuamente, lo que impide establecer rutinas consolidadas de higiene y manipulación segura. La ausencia de supervisión permanente, dado que la profesional en nutrición no permanece en el área de cocina, amplifica esta causa, pues la organización depende de que los propios beneficiarios ejecuten procesos críticos sin acompañamiento directo.

Este modelo, aunque coherente con la intervención psicosocial del HLE, deja expuesto el servicio de alimentación a riesgos inherentes, especialmente en una población cuya condición de salud exige altos estándares de inocuidad.

Adicionalmente, se identificaron causas indirectas, pero que contribuyen a perpetuar la problemática planteada. Entre estas está la ausencia de lineamientos institucionales estandarizados de inocuidad. Al respecto, no existen procedimientos operativos estándares de sanitización (POES) formales, manuales de buenas prácticas, protocolos de saneamiento ni

sistemas documentados de control, lo que se evidencia en la falta de procedimientos claros, ausencia de registros, vacíos en la estandarización de rutinas de limpieza y desinfección, inconsistencias en el manejo de bodegas y ausencia de control estructurado de temperaturas, rotación, almacenamiento y preparación.

La información obtenida mediante las herramientas empleadas —la Guía de Evaluación de Servicios de Alimentación del Ministerio de Salud de Costa Rica, aplicada mediante revisión técnica y observación directa (Anexo 1), la encuesta de cultura de inocuidad dirigida a beneficiarios y manipuladores residentes (Anexo 2), así como las entrevistas semiestructuradas realizadas al personal directivo, profesional y operativo del HLE (Anexo 3)— evidencia que tanto el entorno físico como los comportamientos individuales carecen de un marco institucional que regule, supervise y consolide la inocuidad alimentaria. Esta ausencia de normativa interna coloca al servicio en una situación de alta vulnerabilidad sanitaria.

Además, el centro enfrenta limitaciones presupuestarias que afectan el servicio de alimentación. Las restricciones financieras influyen de manera directa en la infraestructura, el equipamiento y la capacidad de supervisión. La organización depende parcialmente de donaciones, opera con recursos mínimos (Junta de Protección Social JPS) y enfrenta dificultades para renovar equipos, mejorar instalaciones o adquirir insumos constantes para la higiene.

Estas limitaciones afectan la capacidad de implementar mejoras sugeridas por la evaluación de infraestructura, tales como sustitución de refrigeradores, reparación de áreas deterioradas, compra de utensilios estandarizados o contratación de personal técnico adicional. La dependencia de donaciones para alimentos y recursos operativos introduce también variabilidad en la calidad, cantidad y estado del producto recibido, lo que incrementa riesgos sanitarios en una población altamente vulnerable.

Ahora, con respecto a los efectos derivados de la problemática identificada se debe nombrar en primer lugar el riesgo aumentado a enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) que presenta la población del centro. Las personas beneficiarias del Hogar de la Esperanza viven con VIH, lo cual implica un sistema inmunológico comprometido que dificulta la capacidad del organismo para defenderse de microorganismos patógenos presentes en alimentos y en el agua. Esta condición incrementa significativamente el riesgo de contraer infecciones entéricas que, en personas inmunocompetentes, podrían manifestarse con cuadros leves, pero que en población con VIH pueden llegar a provocar complicaciones severas, descompensaciones de salud, hospitalizaciones e incluso la muerte.

Entre los patógenos que representan una amenaza directa se encuentran *Salmonella sp.*, *Listeria monocytogenes*, *Cryptosporidium sp.* (Heathcock, et al 2010, pág.237) *Toxoplasma gondii*, especies de *Vibrio*, *Cryptosporidium parvum*, (Hoffman et al, 2005, pág.1597), así como *Campylobacter*, *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli (O157:H7)*, *Norovirus*, entre otros microorganismos que pueden encontrarse en alimentos crudos, mal lavados, insuficientemente cocidos o expuestos a contaminación cruzada. (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos -Administración de Drogas y Alimentos, 2011).

Las condiciones documentadas en la cocina —presencia de plagas, alimentos en estado de descomposición, mezclas entre productos sanos y deteriorados, falta de refrigeración adecuada y manipulación insegura por parte de los beneficiarios— se convierten en factores que amplifican la probabilidad de exposición a estos agentes.

La combinación entre inmunosupresión, prácticas inadecuadas de manipulación y un entorno vulnerable constituye un ambiente propicio para que las ETA se manifiesten con mayor frecuencia y gravedad, representando el primer efecto directo de la problemática identificada.

Por otro lado, también puede presentarse una disminución en la utilización biológica de los alimentos, puesto que, las infecciones gastrointestinales relacionadas con alimentos contaminados pueden provocar diarrea, vómitos, malabsorción y alteraciones digestivas que afectan directamente la utilización biológica de los nutrientes (Dworkin, et al, 2013). En el contexto de las personas con VIH, esta condición es especialmente crítica porque la pérdida de nutrientes esenciales y la alteración del estado nutricional contribuyen al deterioro del sistema inmunológico, debilitándolo aún más.

Los cuadros recurrentes de infección intestinal disminuyen la absorción de proteínas, vitaminas y minerales, ocasionan pérdida de peso y comprometen el estado general de salud. Las consecuencias nutricionales son más severas en poblaciones que ya enfrentan estrés metabólico por tratarse de personas seropositivas y que, en algunos casos, dependen del TAR para mejorar su calidad de vida. La disminución en la utilización biológica de nutrientes afecta directamente la capacidad de recuperación del organismo y expone a los residentes a mayores complicaciones médicas.

También podrían darse efectos indirectos tales como descompensaciones inmunológicas en personas con VIH. Esto ya que las infecciones transmitidas por alimentos tienen el potencial de agravar el estado inmunológico de las personas con VIH. Las crisis gastrointestinales, la inflamación sistémica y los episodios de pérdida severa de líquidos y electrolitos pueden desencadenar descompensaciones clínicamente significativas. Estas descompensaciones pueden manifestarse como deterioro del estado general, reactivación de infecciones oportunistas, pérdida de peso acelerada y disminución de linfocitos CD4, afectando de forma directa el control del VIH.

Cuando las infecciones se producen de forma repetida, el sistema inmunológico se ve sometido a un estrés constante que limita su capacidad de respuesta y agrava la progresión de la

enfermedad. Esto constituye un efecto indirecto de alta relevancia, ya que tiene implicaciones clínicas profundas y una repercusión directa en la calidad de vida de los residentes.

Los episodios de enfermedad gastrointestinal, las crisis de salud relacionadas con ETA y las hospitalizaciones derivadas de prácticas inadecuadas de manipulación o consumo de alimentos dificultan la adherencia continua al TAR. Cuando un beneficiario presenta malestar, diarrea persistente o vómitos, puede interrumpir temporalmente la ingesta del medicamento, retrasar dosis o suspenderlo.

Las interrupciones en el tratamiento antirretroviral pueden tener consecuencias graves, como disminución en la eficacia farmacológica, rebote viral, progresión acelerada del VIH y mayor vulnerabilidad ante infecciones oportunistas. Además, la necesidad de atención hospitalaria o consultas frecuentes afecta las rutinas terapéuticas y limita la capacidad del residente de mantener la disciplina necesaria para un tratamiento exitoso. Por estas razones, la adherencia al TAR se convierte en un efecto indirecto crítico, ya que la inocuidad alimentaria baja no solo afecta la salud inmediata sino también la continuidad del tratamiento.

Por último, el modelo de gestión del Hogar de la Esperanza que busca la reinserción social progresiva de las personas que viven con VIH, muchas de las cuales han enfrentado situaciones de calle, consumo de sustancias, estigma o rupturas familiares, podría verse comprometida por recaídas en salud vinculadas a una alimentación insegura, esto por cuando podrían ocasionar situaciones como debilitamiento físico y emocional, aumento de la vulnerabilidad individual, interrupción de actividades ocupacionales, afectación de la autoestima y mayor dependencia del soporte institucional.

Además, las enfermedades recurrentes pueden aumentar la estigmatización, tanto dentro como fuera del hogar, dificultando la integración social y la continuidad de actividades terapéuticas o formativas. Las dificultades sanitarias, por ende, no solo repercuten en el estado

físico, sino también en dimensiones sociales y emocionales clave para el modelo de reducción del daño y la recuperación integral. Este efecto indirecto impacta la estabilidad general y el bienestar emocional de las personas, así como su progresiva autonomía.

Delimitación del problema

Delimitación espacial

El Hogar de la Esperanza se ubica en Paso Ancho, del distrito de San Sebastián, del cantón central de San José. Cuenta con espacio para albergar alrededor de 30 personas, sin embargo, la cantidad de población varía por rotación de los beneficiarios, ya que muchos recaen al consumo excesivo de sustancias, prostitución y condición de calle; otros son internados en hospitales o, en casos muy críticos, fallecen.

Figura 6

Ubicación del Hogar de la Esperanza



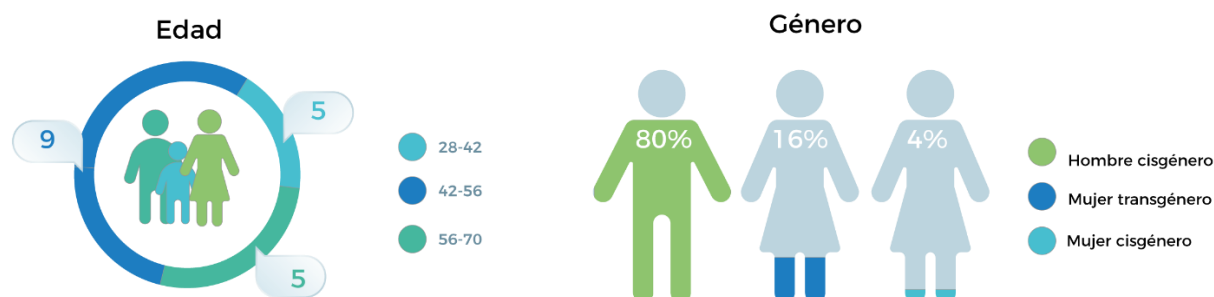
Nota: Elaboración propia con base en Google Earth (2025).

Con su servicio de alimentación brinda cinco tiempos de comida para los beneficiarios: desayuno, merienda, almuerzo, café y cena; se cuenta con espacio de comedor y otras áreas en donde las personas pueden consumir los alimentos. Las instalaciones cuentan con dormitorios, áreas para descanso, consumo de alimentos, salón de actividades, y otras áreas destinadas a

terapia ocupacional, es decir, la formación de los residentes en algún oficio como el espacio destinado para costura, el taller de madera, área de compostaje, jardines, granja de gallinas ponedoras, sala de meditación y gimnasio. A partir de este contexto territorial y operativo, resulta necesario delimitar con precisión la población afectada y su dinámica interna.

Figura 7

Edad y género de población del HLE



Nota: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta de cultura de inocuidad, como parte de la investigación diagnóstica.

El Hogar de la Esperanza alberga actualmente a un total de 25 personas, las cuales se dividen en 20 hombres cisgénero, 4 mujeres transgénero y 1 mujer cisgénero. Con edades entre 28 y 70 años, como se muestra en la figura correspondiente, todas personas están en condición VIH. En cuanto al tiempo de permanencia, en promedio los residentes han estado en el HLE 4 años; sin embargo, esta medida estadística no refleja completamente la realidad, ya que 12 de las personas encuestadas llevan entre 0,1 años (1 mes y medio) y 5,7 años (5 años y 8 meses), 5 personas entre 5,7 y 11,3 años, y solo una persona supera los 11 años. Estas características poblacionales deben comprenderse a la luz de las condiciones de vulnerabilidad previamente descritas en la caracterización, ya que las personas beneficiarias enfrentan desafíos sociales, sanitarios y psicológicos que influyen directamente en sus prácticas alimentarias, hábitos de higiene y manipulación de alimentos.

El problema se identifica específicamente en el servicio de alimentación del HLE, considerando el área de preparación y almacenamiento de alimentos, así como las prácticas del personal encargado de la manipulación, que en este caso son los propios beneficiarios. Esto responde a que, como se describe en el diagnóstico, se llevó a cabo una investigación enfocada en identificar las problemáticas de inocuidad alimentaria y cultura de higiene en los espacios donde se manipulan los alimentos. Adicionalmente, se inspeccionó el área de almacenamiento y preparación y se aplicó una encuesta de cultura de inocuidad, considerando que los beneficiarios son quienes preparan los alimentos y, por ello, cualquier deficiencia puede poner en riesgo a toda la población.

En relación con la delimitación temporal, la presente investigación se sustenta en la información recopilada a través de la investigación diagnóstica realizada en el Hogar de la Esperanza durante el 2025, la cual sirvió de base para la caracterización de la situación problemática.

Antecedentes de la situación problemática

El comportamiento de las personas en relación con la inocuidad de los alimentos y las prácticas higiénicas ha sido objeto de estudio, dado que el consumidor es responsable del almacenamiento y preparación de los alimentos, lo que puede incrementar el riesgo de contaminación y afectar la salud.

En el caso de las personas que viven con VIH, este riesgo se amplifica por la inmunosupresión, que las hace más vulnerables a enfermedades transmitidas por alimentos. Sin embargo, la evidencia sobre cómo la cultura de inocuidad, los hábitos y la seguridad alimentarios se integran en la atención a esta población sigue siendo limitada. Comprender estos factores es esencial para diseñar intervenciones que no solo transmitan conocimiento, sino que transformen conductas, consideren el entorno físico y promuevan una cultura de autocuidado y nutrición

segura. A continuación, se presentan estos cuatro ejes fundamentales considerados para la revisión referencial.

Figura 8

Ejes para el análisis de antecedentes de la situación problemática

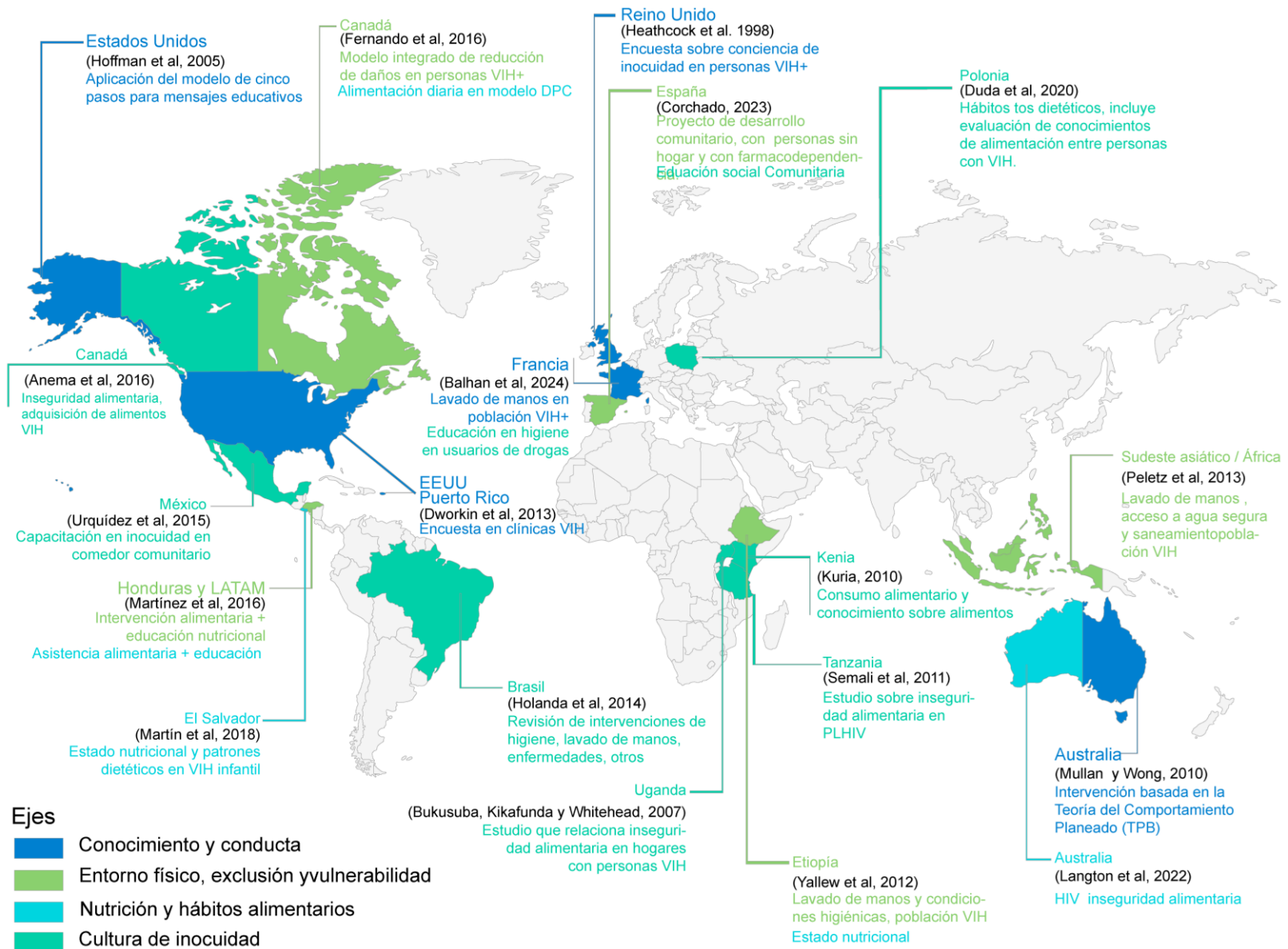


Nota: elaboración propia.

Se realizó un análisis de 20 estudios o intervenciones relacionados con la problemática en estudio, en la siguiente figura se pueden apreciar cada uno de los estudios, por país, fecha, y clasificados según su relación con los ejes descritos previamente:

Figura 9

Mapeo de antecedentes, clasificación por eje temático



Nota: elaboración propia a partir de los antecedentes de la situación problemática.

En el eje de conocimiento y conducta, Heathcock *et al.* (1998) encuestaron 77 personas con VIH y hallaron que, aunque el 74% modificó su dieta tras el diagnóstico, solo un 25% recibió información específica sobre inocuidad. La mayoría conocía riesgos por *Salmonella* (96%), pero menos sobre *Listeria* (66%), además de presentar confusión sobre control de temperaturas y alimentos de alto riesgo como queso fresco o huevo crudo. Concluyeron la necesidad urgente de materiales educativos dirigidos a personas que viven con VIH.

Hoffman *et al.* (2005) evaluaron materiales educativos para esta población mediante un modelo de cinco pasos y el Health Belief Model. Tras trabajo con expertos, grupos focales y proveedores de salud, identificaron confusión frente a recomendaciones como evitar carnes frías o usar termómetros. Sin embargo, al comprender los riesgos y el “por qué”, los participantes mostraron mayor disposición al cambio, destacando que materiales claros, culturalmente adaptados y con alternativas prácticas mejoran la aceptación y conductas.

Mullan y Wong (2010) desarrollaron una intervención basada en la Teoría del Comportamiento Planeado, centrada en actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido. El programa incrementó significativamente las intenciones y prácticas reales de higiene: lavado de manos, limpieza, uso de guantes y utensilios seguros.

Dworkin *et al.* (2013) identificaron brechas de conocimiento y conductas riesgosas en personas que viven con VIH atendidas en cuatro centros de EE. UU., incluyendo consumo de alimentos crudos, falta de higiene y manejo inadecuado de carnes. Concluyeron que los materiales deben ser más accesibles, en múltiples idiomas y formatos, ya que documentos extensos no generan cambios sustanciales.

Duda *et al.* (2020), mediante el cuestionario KomPAN, hallaron discrepancias entre creencias y prácticas, subrayando la necesidad de reforzar comportamientos higiénicos. De forma complementaria, Balhan *et al.* (2024) demostraron que intervenciones prácticas en higiene de manos, con materiales accesibles y alcohol en gel ilimitado, reducen infecciones cutáneas en poblaciones vulnerables, reforzando la importancia de medidas básicas en contextos con recursos limitados.

En el eje de entorno físico, exclusión y vulnerabilidad, Yallew *et al.* (2009) identificaron graves limitaciones en agua potable, saneamiento y lavado de manos entre personas que viven con VIH en Etiopía, asociadas a infecciones gastrointestinales y reducción de la efectividad del TAR. Semali *et al.* (2011) demostraron que la inseguridad alimentaria limita la posibilidad de aplicar medidas de inocuidad. Estudios como el de Fernando *et al.* (2016) muestran que servicios integrados de higiene, alimentación y reducción de daños mejoran la adherencia y reducen infecciones oportunistas. Arum *et al.* (2021) confirmaron que la falta de vivienda y condiciones insalubres aumentan riesgos de VIH y VHC y dificultan prácticas higiénicas básicas.

En el tercer eje, cultura de inocuidad, Urquidez *et al.* (2015) observaron una reducción del riesgo de contaminación de 56.3% a 25.9% tras un proceso formativo basado en normas oficiales en un comedor para personas con VIH. Holanda *et al.* (2014), tras revisar 16 estudios, evidenciaron que intervenciones de higiene (lavado de manos, agua tratada, limpieza de utensilios, manejo de residuos) son especialmente relevantes para personas inmunocomprometidas.

En el eje de nutrición y hábitos alimentarios, Bukusuba *et al.* (2007) y Kuria (2010) documentaron que la inseguridad alimentaria y baja diversidad dietética afectan la adherencia al TAR y aumentan la vulnerabilidad nutricional. Intervenciones que combinan apoyo alimentario y educación, como Martínez *et al.* (2016) en Honduras, reducen significativamente la inseguridad alimentaria. Anema *et al.* (2016) y Martin *et al.* (2018) mostraron altas tasas de inseguridad alimentaria y dietas de baja calidad que

comprometen la salud inmunológica. Langton *et al.* (2022), en Australia, confirmaron que la inseguridad alimentaria afecta calidad de vida, adherencia al tratamiento y estado inmunológico incluso en países de altos ingresos.

En conjunto, los estudios muestran que las personas con VIH enfrentan simultáneamente barreras estructurales, cognitivas y socioculturales que dificultan la inocuidad alimentaria. La literatura evidencia que las intervenciones más efectivas combinan componentes educativos, ambientales y comunitarios adaptados al contexto. Además, se observa una brecha en el enfoque integral de “cultura de inocuidad”, especialmente en Centroamérica y el Caribe, y la necesidad de investigaciones longitudinales que relacionen directamente estas intervenciones con resultados clínicos y de calidad de vida. Construir una cultura de inocuidad implica considerar la inocuidad como práctica social, vinculada a desigualdades, condiciones materiales, nutrición, higiene y cuidado comunitario.

Alternativas de solución

A partir de los hallazgos del diagnóstico y del análisis de la problemática identificada en el Hogar de la Esperanza, se presentan a continuación diversas alternativas de solución que permiten abordar las debilidades observadas en la cultura de inocuidad alimentaria desde distintos enfoques. Estas alternativas constituyen opciones viables y diferenciadas que buscan responder a las necesidades detectadas en la dimensión de utilización biológica de los alimentos, integrando tanto aspectos conductuales como organizacionales. Cada alternativa se describe de forma integral, especificando en qué consiste, cuáles son sus componentes principales, a quiénes se dirige y qué justificación sustenta su pertinencia, en consonancia con los lineamientos de la guía metodológica. Su propósito es ofrecer distintas rutas posibles de intervención antes de seleccionar y desarrollar la propuesta final del proyecto.

Alternativa 1. Mejoramiento organizacional y adecuación progresiva de la infraestructura de almacenamiento y preparación de alimentos

Esta alternativa propone fortalecer la inocuidad alimentaria mediante la mejora progresiva de las condiciones físicas de bodegas, cocina y áreas de preparación. Se basa en los hallazgos del diagnóstico que señalan deficiencias en almacenamiento, ventilación, ordenamiento y superficies de trabajo, los cuales representan riesgos directos para la salud de la población residente.

Componentes principales:

- Evaluación técnica de infraestructura (estanterías, iluminación, ventilación, superficies, disposición de alimentos).
- Identificación de priorizaciones según riesgo sanitario.
- Propuesta escalonada de mejoras (corto, mediano y largo plazo).
- Integración de lineamientos sanitarios vigentes en almacenamiento y preparación.

La intervención se dirige al equipo administrativo, al personal del servicio de alimentación y a los beneficiarios que participan en la preparación de alimentos, y se justifica porque aborda de manera directa los riesgos estructurales identificados en el diagnóstico, contribuyendo a la reducción sostenida de peligros microbiológicos y físicos y fortaleciendo de forma integral la dimensión de utilización biológica de los alimentos, a pesar de requerir una mayor inversión de recursos.

Alternativa 2. Programa integral de capacitación y educación continua en inocuidad alimentaria basado en la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP)

Propone desarrollar un programa educativo estructurado para fortalecer actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido en torno a prácticas de inocuidad alimentaria. Se fundamenta en el diagnóstico que evidenció brechas en el conocimiento, percepciones de riesgo y conductas cotidianas relacionadas con la manipulación y consumo de alimentos.

Componentes principales:

- Módulos teóricos-prácticos adaptados a población vulnerable que vive con VIH.
- Material visual accesible (pictogramas, rótulos, infografías).
- Actividades lúdicas, simulaciones, demostraciones y ejercicios prácticos.
- Espacios reflexivos (mesas redondas, charlas, diálogos).
- Sistema de reinducción para nuevas personas residentes.

Esta solución permite intervenciones inmediatas con bajo costo, orientadas a modificar conductas y mejorar la cultura de inocuidad, enfoca a los beneficiarios del Hogar de la Esperanza y personal que participa en la preparación y distribución de alimentos. Es altamente viable y responde directamente al enfoque SAN en la dimensión de utilización biológica, además de alinearse con el enfoque institucional de reducción del daño.

Alternativa 3. Creación de un Comité de Inocuidad Alimentaria como instancia de participación, seguimiento y corresponsabilidad

Plantea la conformación de un comité participativo que funcione como mecanismo organizacional para sostener prácticas higiénicas, supervisar procesos y fortalecer normas subjetivas positivas. La propuesta surge de la necesidad identificada en el diagnóstico de generar participación y corresponsabilidad entre beneficiarios y personal.

Componentes principales:

- Integración del comité (nutricionista, administración, enfermería, beneficiarios).
- Agenda de reuniones regulares para revisión de avances y limitaciones.
- Diseño de un sistema básico de monitoreo de condiciones sanitarias.
- Canales de comunicación para retroalimentación continua.
- Definición de roles, responsabilidades y mecanismos de reporte.

Esta solución fortalece la sostenibilidad de prácticas seguras, genera liderazgo comunitario y consolida la cultura de autocuidado colectivo. Es una alternativa factible y de bajo costo, enfocada a todo el personal y beneficiarios involucrados en el servicio de alimentación.

Alternativa 4. Intervención sanitaria inmediata en limpieza, control de plagas y manejo de residuos

Esta alternativa apunta a resolver condiciones urgentes detectadas en el diagnóstico, relacionadas con limpieza insuficiente, presencia potencial de plagas y deficiencias en el manejo de residuos. Se orienta a disminuir riesgos sanitarios que tienen impacto inmediato sobre la inocuidad alimentaria.

Componentes principales:

- Organización de rutinas y responsabilidades de limpieza.

- Contratación o coordinación con servicios de control de plagas según normativa.
- Establecimiento de protocolos para manejo, segregación y disposición de residuos.
- Desarrollo de guías operativas para limpieza, control de bodega y preparación de alimentos.
- Capacitación rápida en higiene y control de contaminación cruzada.

Esta alternativa es de alta relevancia, pues mitiga riesgos de forma inmediata y protege la salud de una población vulnerable. Complementa las otras alternativas y permite estabilizar condiciones para futuras intervenciones. Está dirigida al equipo de cocina, beneficiarios asignados a tareas de preparación de alimentos y personal administrativo.

Alternativa 5. Programa integral de fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria basado en la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP)

Esta alternativa propone implementar un programa integral para fortalecer la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza, dirigido a personas que viven con VIH y participan en el servicio de alimentación. El enfoque se enmarca en la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), específicamente en la dimensión de utilización biológica de los alimentos, y adopta la Teoría del Comportamiento Planificado como marco metodológico para orientar cambios de conducta sostenibles. La intervención integra acciones educativas, adecuación del entorno y mecanismos de monitoreo y retroalimentación no punitivos, con el fin de reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos y promover el autocuidado individual y colectivo.

Problema específico que atiende (según diagnóstico)

- Prácticas inadecuadas de manipulación y consumo de alimentos.
- Brechas de conocimiento, percepción de riesgo y normas subjetivas débiles.
- Entorno poco facilitador (señalización y ayudas visuales insuficientes).

- Ausencia de un sistema formal de monitoreo participativo y retroalimentación.

Población a la que se dirige

- Población beneficiaria que vive con VIH y participa en preparación/consumo de alimentos.
- Personal del Hogar (equipo administrativo, nutrición, enfermería, voluntariado).

Componentes principales

- Capacitación y educación continua basada en TCP
- Adecuación del entorno y señalización funcional
- Acompañamiento solidario (institucional) y corresponsabilidad
- Monitoreo participativo y mejora continua

La implementación de un programa integral de fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria constituye una alternativa especialmente pertinente para el Hogar de la Esperanza debido a la naturaleza multifactorial del problema identificado. El diagnóstico evidenció que las prácticas de manipulación y consumo de alimentos no dependen únicamente del conocimiento técnico de los beneficiarios, sino también de factores conductuales, sociales y contextuales que inciden en su capacidad para adoptar comportamientos seguros.

En este sentido, la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) ofrece un marco adecuado para intervenir de forma estructurada sobre tres determinantes clave: las actitudes hacia la inocuidad alimentaria, las normas subjetivas que influyen en la dinámica colectiva del hogar y el control conductual percibido necesario para ejecutar prácticas seguras de manera consistente.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Enfoque de derechos humanos y Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

Marco Legal y Conceptual: Alimentación, Seguridad e Inocuidad

El derecho humano a la alimentación adecuada es un derecho fundamental reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y desarrollado en la Observación General No. 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1999).

Este derecho no debe interpretarse simplemente como un paquete mínimo de calorías, sino como el acceso regular, permanente y libre a una alimentación que cumpla con los siguientes pilares:

- **Disponibilidad y Accesibilidad:** Los alimentos deben estar presentes en el mercado y ser económicamente alcanzables sin comprometer otras necesidades básicas.
- **Adecuación e Inocuidad:** La adecuación implica que el alimento sea nutritivo y culturalmente aceptable. No obstante, el Comité de la ONU está enfático en que un alimento no es "adecuado" si no es inocuo. La presencia de contaminantes, toxinas o patógenos que pongan en riesgo la vida, especialmente la de grupos vulnerables como las PVV, constituye una violación técnica al derecho a la alimentación.

Desde esta perspectiva, la inocuidad deja de ser un estándar técnico para convertirse en una obligación jurídica del Estado y de los proveedores de servicios de alimentación, quienes deben garantizar la protección de la vida y la dignidad humana a través del control de riesgos.

La Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) es el estado en el cual todas las personas gozan de acceso físico, social y económico a suficientes alimentos, inocuos y nutritivos. Según el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) y organismos como la FAO (2011), la SAN se articula en cuatro dimensiones interdependientes donde la inocuidad es el eje transversal:

- **Disponibilidad:** La existencia de suministros alimentarios suficientes. Sin inocuidad, la disponibilidad se ve comprometida por el desperdicio de alimentos contaminados.
- **Acceso:** La capacidad de las personas para adquirir alimentos. El costo de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) afecta directamente el acceso económico de las familias.
- **Utilización Biológica:** Es aquí donde la inocuidad es determinante. Se refiere a cómo el cuerpo aprovecha los nutrientes. Si un alimento es portador de patógenos, provoca infecciones que causan malabsorción y pérdida de nutrientes. En pacientes con VIH bajo Terapia Antirretroviral (TAR), una mala utilización biológica debida a la falta de inocuidad puede anular el efecto del tratamiento médico. "No puede haber seguridad alimentaria sin inocuidad de los alimentos. En un mundo donde las cadenas de suministro son complejas, cualquier fallo en la inocuidad tiene un impacto global en la seguridad nutricional de los más vulnerables." (FAO, 2019).
- **Estabilidad:** La garantía de que las tres dimensiones anteriores se mantienen en el tiempo, sin interrupciones por crisis sanitarias o económicas.

Marco Normativo de Costa Rica: Inocuidad, VIH y Justicia Social

En Costa Rica, la Ley General de Salud N° 5395 (1973) establece que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. Esta normativa no considera la inocuidad como una norma opcional, sino como una obligación ineludible de las autoridades para garantizar el derecho a la vida.

- **Mandato de Vigilancia:** Según lo estipulado en los artículos 196 al 200 de dicha ley, el Estado tiene la facultad de intervenir en cualquier etapa de la cadena alimentaria. No obstante, bajo un enfoque de salud pública moderna, esta vigilancia debe ser proporcional al riesgo. Esto implica que en servicios de alimentación que atienden a poblaciones vulnerables, la rigurosidad de la inspección debe ser máxima (Ministerio de Salud, 2012).

- **Principio de Precaución:** La ley establece el deber estatal de velar por que los alimentos sean sanos e inocuos. Para personas con sistemas inmunológicos comprometidos, como las PVV, niveles de contaminación que serían tolerables para la población general pueden resultar letales, lo que obliga a la aplicación de criterios de control sanitarios mucho más estrictos (Asamblea Legislativa, 1973)

La Ley General sobre el VIH N° 7771 (2019) , reformada para garantizar un enfoque de derechos humanos, complementa la norma de salud al declarar la atención integral del VIH como de interés público. Bajo este marco jurídico, el Estado costarricense asume compromisos específicos:

- **Garantizar la protección de la salud:** Dado que las PVV presentan una susceptibilidad incrementada a patógenos oportunistas, el cumplimiento de la Ley General de Salud en los servicios de alimentación institucionales se convierte en una medida de protección vital y un componente del tratamiento (Asamblea Legislativa, 2019).
- **Prohibir la discriminación y promover la equidad:** Garantizar alimentos inocuos asegura un trato digno e igualitario. El incumplimiento de esta garantía por parte de instituciones financiadas por el Estado constituye una falta de omisión en su deber de protección, permitiendo que la vulnerabilidad biológica se agrave por deficiencias administrativas (Naciones Unidas, 2014).

El compromiso de Costa Rica con las PVV se materializa financieramente a través de la Ley N° 8718 (2009). Esta ley regula la distribución de utilidades de la JPS, estableciendo en su Artículo 8 que un porcentaje de los excedentes de la lotería nacional debe transferirse a organizaciones sociales debidamente acreditadas que brinden atención a personas con VIH.

El financiamiento otorgado por la Junta de Protección Social (JPS) constituye un vínculo crítico para la gestión de la inocuidad por dos razones fundamentales. En primera instancia, implica una responsabilidad ética y administrativa en el uso de fondos públicos, ya que las organizaciones receptoras

tienen el deber de demostrar una gestión eficiente de los recursos asignados. Bajo esta óptica, la ocurrencia de un brote de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) no solo afectaría la salud de los usuarios, sino que representaría un uso negligente de los fondos destinados al bienestar social (Junta de Protección Social, 2023).

En segunda instancia, este flujo de recursos incide directamente en la calidad del servicio y el soporte terapéutico, al dotar a las instituciones de la infraestructura y al personal capacitado necesario para cumplir con el Reglamento de los Servicios de Alimentación al Público N° 37308-S . De este modo, se garantiza que la alimentación institucional trascienda la asistencia básica y se consolide como un soporte biológico esencial para el éxito de la Terapia Antirretroviral (TAR), asegurando que el paciente reciba alimentos seguros que no interfieran con su recuperación (Ministerio de Salud, 2012).

El marco jurídico costarricense logra integrar la normativa técnica y social en un ciclo de protección sistémico. En este modelo, la Ley General de Salud (N° 5395) define el estándar técnico de inocuidad, la Ley General sobre el VIH (N° 7771) identifica a la población prioritaria y sus derechos, mientras que la Ley N° 8718 proporciona los recursos económicos requeridos para la operación de los servicios. En consecuencia, la inocuidad alimentaria en poblaciones vulnerables no debe entenderse como un atributo genérico del alimento, sino como una medida de protección especial. Bajo este esquema, cualquier quiebra en los protocolos de seguridad alimentaria representa una violación directa a la seguridad humana y al contrato social establecido en la Constitución Política de la República.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La inocuidad alimentaria y la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) no son objetivos aislados, sino componentes transversales que actúan como catalizadores para el cumplimiento de la Agenda 2030. Para las poblaciones que viven con VIH, el cumplimiento de estos objetivos es una condición sine qua non para su supervivencia y bienestar. Según la Organización de las Naciones Unidas para la

Alimentación y la Agricultura [FAO] (2019), la inocuidad se articula con los siguientes Objetivos de Desarrollo Sostenible:

- **ODS 2: Hambre Cero:** La meta 2.1 busca asegurar el acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente. En el contexto de las PVV, la SAN depende directamente de la inocuidad; un alimento contaminado pierde su valor nutricional y se convierte en un riesgo, invalidando los esfuerzos por erradicar el hambre (FAO, 2019).
- **ODS 3: Salud y Bienestar:** Este objetivo busca garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. La prevención de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) es fundamental para reducir la mortalidad prematura. En personas inmunocomprometidas, la cultura de inocuidad en los servicios de alimentación actúa como una barrera de salud pública que previene infecciones oportunistas y asegura la eficacia de la Terapia Antirretroviral [TAR] (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).
- **ODS 10: Reducción de las desigualdades:** La vulnerabilidad frente a las ETA está desproporcionadamente distribuida. Al fortalecer la cultura de inocuidad en organizaciones financiadas por la Junta de Protección Social [JPS], se protege a los grupos más vulnerables, reduciendo las brechas en los resultados de salud y promoviendo la inclusión social de las personas que viven con VIH (Naciones Unidas, 2015).
- **ODS 12: Responsables de producción y consumo:** Este objetivo promueve la reducción de pérdidas y desperdicios de alimentos. Una cultura de inocuidad robusta previene que muchos alimentos sean descartados por contaminación, garantizando que los recursos invertidos por el Estado y la JPS se utilicen de manera eficiente y sostenible (Codex Alimentarius, 2020).

Inocuidad alimentaria como eje de la salud pública y la protección social

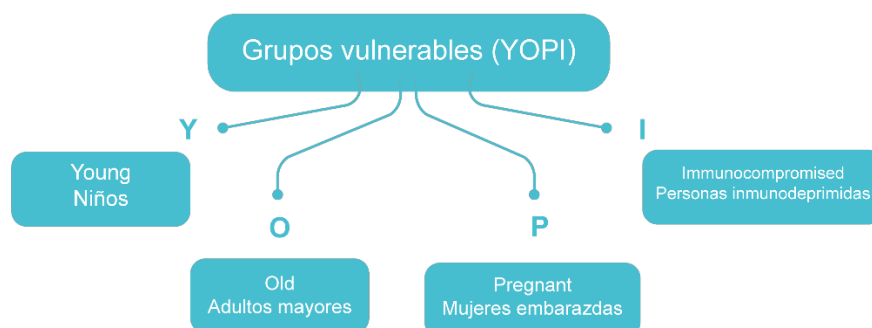
Conceptualización de inocuidad alimentaria

La inocuidad alimentaria constituye un principio fundamental de la salud pública moderna y un requisito indispensable para la protección de la vida y la dignidad humana. La FAO y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2021) definen la inocuidad alimentaria como la garantía de que los alimentos no causarán daño al consumidor cuando se preparen y consuman de acuerdo con su uso previsto. No obstante, en el ámbito académico y normativo contemporáneo, este concepto ha evolucionado hacia una visión más integral, que incorpora no solo el control técnico de peligros, sino también dimensiones sociales, organizacionales, éticas y de derechos humanos.

Desde esta perspectiva, la inocuidad alimentaria se entiende como un sistema dinámico de prevención y gestión del riesgo, orientado a minimizar la ocurrencia de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) y proteger especialmente a las poblaciones en condición de vulnerabilidad, también denominadas por la literatura científica como grupos YOPI (*Young, Old, Pregnant, Immunocompromised*) (Lund & O'Brien, 2011).

Figura 10

Grupos Vulnerables



Nota: elaboración propia a partir de Lund & O'Brien (2011).

La relevancia de proteger a estos grupos radica en que, para ellos, una ETA no representa solo un episodio transitorio de malestar, sino un riesgo elevado de secuelas crónicas o mortalidad. Estas poblaciones incluyen:

a) Niños menores de cinco años:

Su sistema inmunológico está aún en desarrollo y poseen una menor producción de ácidos gástricos que actúan como barrera contra patógenos. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015), los niños menores de 5 años soportan el 40% de la carga de enfermedades transmitidas por los alimentos a nivel mundial, a pesar de representar solo el 9% de la población global.

b) Adultos mayores:

El proceso de envejecimiento conlleva la inmunosenescencia, una disminución natural de la respuesta inmune, sumada a una reducción en la motilidad gastrointestinal y cambios en la microbiota intestinal, lo que facilita la colonización de patógenos como *Listeria monocytogenes* o *Salmonella* (Smith, 1998; Lund, 2015).

c) Mujeres embarazadas:

Los cambios hormonales y fisiológicos alteran el sistema inmunológico de la madre, principalmente la inmunidad mediada por células, para proteger al feto, lo que la hace más susceptible a ciertas infecciones. Los microorganismos que causan síntomas leves en adultos sanos pueden atravesar la placenta y causar abortos, partos prematuros o malformaciones congénitas (Silk *et al.*, 2012).

d) Personas inmunodeprimidas:

Individuos con enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, VIH/SIDA) o bajo tratamientos médicos (quimioterapia, trasplantes) presentan una capacidad de respuesta defensiva divididamente reducida, lo que permite que patógenos oportunistas causen infecciones sistémicas graves (Gerba *et al.*, 1996).

Más allá de los factores biológicos, la vulnerabilidad también está determinada por el contexto socioeconómico. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]

(2019) señala que la falta de acceso a agua potable, saneamiento básico y educación alimentaria incrementa el riesgo de exposición, convirtiendo la inocuidad en un determinante crítico de la equidad en salud y la dignidad humana.

Componentes estructurales de la inocuidad alimentaria

La inocuidad alimentaria se sustenta en un conjunto de componentes interdependientes que permiten abordar el riesgo de manera sistemática y preventiva:

a) Control de peligros biológicos

Comprende la prevención y reducción de bacterias patógenas (*Salmonella spp.*, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli O157:H7*), virus (*norovirus*, *hepatitis A*), parásitos (*Cryptosporidium spp.*, *Toxoplasma gondii*) y hongos productores de micotoxinas. Estos agentes representan la principal causa de ETA a nivel mundial y su impacto se ve agravado en personas inmunocomprometidas.

b) Control de peligros químicos

Incluye residuos de plaguicidas, medicamentos veterinarios, metales pesados, contaminantes ambientales, sustancias de limpieza mal manejadas, así como alérgenos alimentarios. La exposición crónica o aguda a estos peligros puede generar efectos tóxicos severos, particularmente en sistemas inmunológicos debilitados.

c) Control de peligros físicos

Se refiere a la prevención de cuerpos extraños como fragmentos de vidrio, metal, plástico o madera, los cuales pueden ocasionar lesiones graves y comprometer la confianza en los sistemas alimentarios.

d) Sistemas preventivos de gestión

La implementación de Buenas Prácticas Agrícolas (BPA), Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Higiene (BPH) y el sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (HACCP) constituye la base operativa para la gestión de la inocuidad.

e) Vigilancia, trazabilidad y mejora continua:

Incluye auditorías, monitoreo de procesos, gestión de no conformidades, trazabilidad y sistemas de retiro de alimentos, esenciales para la respuesta oportuna ante incidentes.

En síntesis, los componentes estructurales de la inocuidad alimentaria conforman un sistema integral que actúa de manera preventiva y coordinada para reducir riesgos a lo largo de la cadena alimentaria. La interacción entre el control de peligros biológicos, químicos y físicos, junto con la implementación de sistemas de gestión basados en buenas prácticas y HACCP, permite garantizar alimentos seguros y proteger la salud pública. Asimismo, la vigilancia, la trazabilidad y la mejora continua son elementos esenciales para responder oportunamente ante incidentes y fortalecer la confianza del consumidor. Este enfoque holístico no solo asegura el cumplimiento normativo, sino que también contribuye a la sostenibilidad y resiliencia de los sistemas alimentarios frente a desafíos emergentes.

Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) y carga sanitaria

Las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETAs) representan una de las principales amenazas para la salud pública mundial y una causa crítica de morbilidad y mortalidad prevenible. Según el Grupo de Referencia sobre Epidemiología de la Carga de las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (FERG) de la OMS, se estima que 600 millones de personas, casi 1 de cada 10 en el mundo, enferman tras consumir alimentos contaminados, lo que resulta en 420.000 muertes anuales y la pérdida de 33 millones de años de vida ajustadas en función de la discapacidad (AVAD) (OMS, 2015).

Naturaleza de los peligros y etiología

La carga sanitaria de las ETA se deriva de una amplia gama de agentes que ingresan al organismo a través de la ingestión de alimentos o agua, en el caso de agentes biológicos son las Bacterias (*Salmonella* , *Campylobacter* , *Escherichia coli* enterohemorrágica), virus (*Norovirus*, *Hepatitis A*) y parásitos (*Giardia* , *Taenia solium*). Estos son responsables de la mayoría de los casos agudos de diarrea, que es la manifestación más común de las ETA.

En el caso de agentes químicos, están principalmente las toxinas naturales (micotoxinas), contaminantes ambientales (metales pesados como plomo y mercurio) y residuos de plaguicidas o medicamentos veterinarios. Estos agentes suelen estar vinculados a enfermedades crónicas, como cáncer o trastornos neurológicos (FAO, 2019).

Impacto socioeconómico y productividad

Más allá del impacto clínico, las ETA generan una carga económica sustancial. El Banco Mundial (2018) estima que la pérdida total de productividad en los países de ingresos bajos y medianos asciende a aproximadamente 95.000 millones de dólares anuales. Este impacto se divide en:

- Costos Directos: Gastos en servicios médicos, hospitalizaciones y medicamentos.

- **Costos Indirectos:** Pérdida de días laborales, disminución de la eficiencia productiva, interrupciones en el comercio internacional y el turismo, y la erosión de la confianza del consumidor en el sistema alimentario.

En grupos con condiciones fisiológicas o inmunológicas comprometidas (niños, adultos mayores, mujeres embarazadas e inmunocomprometidos), las ETA no se limitan a cuadros gastrointestinales leves.

En estos segmentos, la carga sanitaria se traduce en:

- **Cuadros Severos:** Riesgo incrementado de complicaciones extraintestinales como el Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) causado por *E. coli* o la septicemia.
- **Mortalidad y Secuelas:** Altas tasas de letalidad y secuelas permanentes como insuficiencia renal o trastornos del desarrollo en infantes. Este escenario refuerza la necesidad de enfoques diferenciados de gestión del riesgo alimentario, donde la comunicación de riesgos y la vigilancia epidemiológica deben adaptarse a la susceptibilidad específica de estos grupos.

Inocuidad alimentaria, VIH y terapia antirretroviral (TAR)

Las personas que viven con VIH constituyen un grupo de alto riesgo frente a las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) debido a la inmunosupresión característica de la infección. Esta vulnerabilidad se origina, principalmente, por el agotamiento progresivo de los linfocitos T CD4+ , células coordinadoras de la respuesta inmune adaptativa, y por las alteraciones de la barrera mucosa del tejido linfoide asociado al intestino (GALT , por sus siglas en inglés). El GALT es crítico en este contexto, ya que representa el sitio primario de replicación viral masiva y de daño estructural temprano, lo que facilita la entrada de patógenos alimentarios al torrente sanguíneo (Brenchley & Douek, 2008).

Los linfocitos CD4+ actúan como células T auxiliares que orquestan la respuesta inmune mediante la liberación de citoquinas, activando a los linfocitos B, células T citotóxicas y macrófagos (Taylor *et al.*, 1989). En las PVV, el recuento de estas células es un indicador pronóstico fundamental, dado que el virus las infecta y destruye sistemáticamente, reduciendo su densidad y debilitando la vigilancia inmunológica. Un recuento bajo de CD4+ es señal de una inmunosupresión avanzada, lo cual no solo incrementa la susceptibilidad a infecciones oportunistas de origen alimentario, sino que también puede comprometer la eficacia y adherencia a la terapia antirretroviral (de Waal *et al.*, 2024).

Persistencia del riesgo en la era de la TAR

La Terapia Antirretroviral (TAR) consiste en el uso de combinaciones de fármacos diseñados para inhibir la replicación del VIH, lo que permite la restauración del sistema inmunológico y reducir la carga viral hasta niveles indetectables (Thompson *et al.*, 2020). En el contexto de la seguridad alimentaria, la eficacia de la TAR depende estrechamente de la salud gastrointestinal del paciente; la presencia de infecciones oportunistas o cuadros diarreicos causados por alimentos contaminados puede alterar la absorción de los medicamentos, comprometiendo el éxito del tratamiento y favoreciendo la progresión de la enfermedad (Notario *et al.*, 2022).

Si bien la Terapia Antirretroviral (TAR) ha transformado el VIH en una condición crónica controlable, reduciendo la incidencia de infecciones oportunistas graves, no elimina completamente la susceptibilidad. Investigaciones sugieren que, incluso con carga viral indetectable, persiste un estado de inflamación crónica y activación inmune residual que afecta la integridad del epitelio intestinal, facilitando la translocación bacteriana (Hunt *et al.*, 2014).

Impacto de las ETA en la adherencia y eficacia de la TAR.

La adherencia a la Terapia Antirretroviral (TAR) no se limita únicamente a la ingesta puntual del fármaco, sino que depende de una fisiología gastrointestinal íntegra que permita su correcta absorción. Las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), al desencadenar cuadros de diarrea, emesis y procesos inflamatorios en la mucosa entérica, generan un impacto crítico en el éxito terapéutico a través de tres mecanismos principales:

- a) **Absorción deficiente:** El tránsito intestinal acelerado y la inflamación de las vellosidades reducen excesivamente el tiempo de contacto del fármaco con la mucosa, disminuyendo su biodisponibilidad y concentración plasmática (Young *et al.*, 2014).
- b) **Fallo virológico:** Esta absorción irregular puede llevar a niveles de medicamento por debajo del rango terapéutico mínimo, lo que favorece la replicación viral residual y la aparición de mutaciones de resistencia, comprometiendo las opciones futuras de tratamiento (Deeks *et al.*, 2013).
- c) **Afectación de la adherencia:** Los síntomas gastrointestinales agudos derivados de una infección alimentaria pueden confundirse con efectos secundarios propios de la TAR. Esta ambigüedad clínica suele provocar que el paciente suspenda el tratamiento voluntariamente para aliviar el malestar, aumentando el riesgo de fracaso terapéutico (Nerad *et al.*, 2003).

En consecuencia, la inocuidad alimentaria deja de ser un factor externo para convertirse en un determinante biológico del éxito clínico de las personas que viven con VIH. Diversas investigaciones han

demostrado que ciertos patógenos generan infecciones más frecuentes, graves y recurrentes en esta en PVV, entre ellos:

- *Salmonella spp*: En pacientes con VIH, el riesgo de bacteriemia por *Salmonella* no tifoidea es sustancialmente mayor que en la población general, con una alta tasa de recurrencia si no se garantiza la inocuidad (Krumholz *et al.*, 2011).
- *Listeria monocytogenes*: La inmunidad celular mediada por linfocitos T es esencial para este control patógeno intracelular; su deficiencia aumenta el riesgo de meningitis y sepsis.
- *Campylobacter jejuni* y parásitos intestinales : *Cryptosporidium* e *Isospora belli* pueden causar diarreas crónicas debilitantes que conducen a síndromes de malabsorción severos en etapas avanzadas de la enfermedad (OMS, 2015).

La inocuidad como componente del abordaje integral

En este contexto, la inocuidad alimentaria debe ser considerada un componente integral del abordaje clínico, nutricional y social de las personas que viven con VIH. En servicios de alimentación institucionales y hospitales, es imperativo el cumplimiento de protocolos estandarizados (como el sistema HACCP) para garantizar que la alimentación actúe como un soporte terapéutico y no como un vehículo de morbilidad adicional.

Dentro de este esquema de control, la contaminación cruzada se identifica como el factor crítico de riesgo más dinámico y difícil de gestionar. Se define técnicamente como el proceso mediante el cual microorganismos o sustancias ajenas (químicas o físicas) son transferidos de un área, alimento o superficie contaminada a otra que se encuentra libre de ellos, comprometiendo su inocuidad de manera irreversible (Codex Alimentarius, 2020).

Para las PVV, la contaminación cruzada representa una amenaza de alta severidad, ya que el flujo de patógenos alimentos desde crudos o superficies hacia productos listos para el consumo puede introducir dosis infectantes mínimas que el sistema inmunológico comprometido no es capaz de

neutralizar. Por tanto, su control no es solo una medida de higiene, sino una intervención preventiva necesaria para salvar la eficacia de la Terapia Antirretroviral (TAR) y la estabilidad clínica del paciente.

La literatura científica distingue dos vías principales de transferencia:

- **Contaminación Directa:** Ocurre cuando un alimento contaminado (generalmente crudo, como carnes o vegetales sin lavar) entra en contacto físico con un alimento listo para el consumo (ALC). Un ejemplo crítico es el goteo de fluidos de carnes crudas sobre alimentos preparados en cámaras de refrigeración.
- **Contaminación Indirecta:** Es la más frecuente en servicios de alimentación y se produce a través de vectores intermediarios como superficies de trabajo, utensilios (tablas, cuchillos), trapos de limpieza o las manos del personal (Lues & Van Tonder, 2007).

Los riesgos asociados a la contaminación cruzada en los servicios de alimentación no son eventos aislados, sino que se ven exacerbados por deficiencias sistémicas en el diseño, la operación de las instalaciones y la higiene del personal. En el primer caso ausencia de un diseño basado en el principio de flujo unidireccional (comúnmente denominado "marcha hacia adelante") constituye una de las principales fallas estructurales. Cuando los procesos no están básicamente delimitados, se permite la intersección de operaciones "sucias" (recepción de materia prima, lavado de vegetales) con operaciones "limpias" (emplatado, servido). Este cruce de flujos incrementa la probabilidad de transferencia de patógenos desde ambientes altamente contaminados hacia alimentos listos para el consumo (FAO, 2020).

En segundo lugar las fallas en los Programas de Limpieza y Desinfección (L+D), ya que la eficacia de la sanitización se ve comprometida por el uso de concentraciones inadecuadas de agentes químicos o tiempos de contacto insuficientes. Estas deficiencias no solo permiten la supervivencia de microorganismos transitorios, sino que favorecen la formación de biopelículas (biopelículas). Los biofilms son comunidades bacterianas complejas adheridas a superficies mediante una matriz extracelular, lo que

les confiere una resistencia superior frente a la limpieza convencional y los desinfectantes estándar.

Estas estructuras actúan como reservorios persistentes que liberan patógenos de forma intermitente, convirtiéndose en una fuente constante de contaminación recurrente en el entorno de preparación (Moretro & Langsrud, 2017).

Fiablemente, el factor humano constituye el eslabón más crítico en la prevención de la contaminación cruzada. Un cumplimiento deficiente o incorrecto de los protocolos de lavado de manos facilita la dispersión de patógenos entéricos y de origen humano. Entre los riesgos más significativos se encuentran la transmisión de *Staphylococcus aureus*, cuya fuente principal es la microbiota de la piel y mucosas del manipulador, y el *Norovirus*, reconocido por su alta infectividad y persistencia en superficies táctiles (CDC, 2022). Para las PVV, este fallo en la higiene personal es particularmente peligroso, ya que introduce bacterias oportunistas y virus que pueden desencadenar gastroenteritis severas, exacerbando la malabsorción y la deshidratación (OMS, 2020).

Cultura de inocuidad alimentaria como determinante organizacional

El concepto de cultura de inocuidad alimentaria no surge de la microbiología, sino de la convergencia entre la ciencia de los alimentos y la psicología organizacional. Históricamente, la gestión de la inocuidad se centró en el modelo técnico-normativo (HACCP, ISO 22000), basándose en la premisa de que mejores máquinas y manuales garantizarían seguros de los alimentos. Sin embargo, tras analizar grandes brotes epidemiológicos, autores como Yiannas (2009) demostraron que el eslabón más débil no es la tecnología, sino el comportamiento humano.

La evolución conceptual se sustenta en que la cultura de inocuidad es "lo que se hace cuando nadie está mirando". Según la Global Food Safety Initiative (GFSI, 2018), esta cultura es determinante porque los sistemas de gestión son estáticos, mientras que la cultura es dinámica y capaz de adaptarse a imprevistos donde los manuales no llegan. Su relevancia radica en que transforma la inocuidad de una "obligación impuesta por inspectores" en un "valor compartido por el equipo".

Componentes de la cultura de inocuidad alimentaria

- Conocimiento: La base cognitiva

El conocimiento se refiere al dominio técnico que el personal posee sobre los peligros (biológicos, químicos y físicos) y las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). No obstante, la investigación de Rennie (1995) introdujo la distinción entre "conocimiento declarado" (lo que el empleado dice saber) y "conocimiento funcional" (lo que aplica).

- Formación vs. Educación:

La cultura moderna sugiere que la capacitación no debe ser un evento anual pasivo, sino un proceso de aprendizaje continuo que explique el "porqué" (riesgo para la salud) y no solo el "cómo" (lavarse las manos), fomentando una comprensión profunda de las consecuencias del incumplimiento en poblaciones vulnerables como las PVV.

- Percepción del riesgo: El filtro subjetivo

La percepción del riesgo es la construcción mental que el trabajador hace sobre la amenaza de una ETA. De acuerdo con la Teoría de la Acción Razonada , si un manipulador percibe que un riesgo es bajo, su intención de cumplir con la norma disminuirá.

- **Optimismo Ilusorio:** Muchos trabajadores desarrollan un sesgo cognitivo al no haber causado nunca un brote visible, asumiendo que sus malas prácticas son seguras.
- **Invisibilidad del peligro:** Una diferencia de la seguridad industrial (donde un suelo mojado es un riesgo visible de caída), los patógenos son microscópicos, lo que debilita la alerta sensorial del personal y requiere un refuerzo cultural constante (Griffith, 2010).
- **Comportamiento observado:** La cultura en la práctica

El comportamiento es el único componente directamente medible y auditable. Según el modelo de Eficacia Personal de Bandura, el comportamiento seguro depende de que el trabajador se sienta capaz de realizar la tarea y cuente con los medios.

- **Barreras situacionales:** La cultura se quiebra cuando el comportamiento deseado es difícil de ejecutar (ej. falta de estaciones de lavado cerca del puesto de trabajo).
- **Hábitos:** La meta de una cultura sólida es convertir las prácticas de inocuidad en hábitos automáticos que no requieren un esfuerzo cognitivo consciente bajo presión de alta demanda.
- **Normas compartidas y clima organizacional**

Las normas compartidas son las presiones sociales dentro del grupo de trabajo. Si los trabajadores antiguos enseñan a los nuevos a "saltarse pasos" para terminar más rápido, la cultura es deficiente.

- **Presión de grupo:** En una cultura positiva, el grupo ejerce una vigilancia horizontal , donde los mismos compañeros corrigen a quien no usa el uniforme correctamente o contamina una superficie.

- **Clima de Seguridad:** Refleja la percepción del personal sobre las prioridades reales de la empresa. Si el mensaje es "la producción es primero", la inocuidad se percibirá como un obstáculo y no como un valor (Jespersen & Wallace, 2017).

- **Liderazgo y responsabilidad:** El motor del sistema

El liderazgo es el componente más crítico para el cambio cultural. No se limita a la alta gerencia, sino que incluye a los supervisores de línea.

- **Compromiso Visible:** El líder debe modelar la conducta. Un jefe que entra a la cocina sin reddecilla para el cabello destruye instantáneamente la cultura de inocuidad.
- **Empoderamiento y Comunicación:** Los líderes deben fomentar una comunicación "libre de culpa", donde el empleado se sienta seguro reportando una falla (ej. una cámara frigorífica que no enfría) sin temor a ser sancionado. La asignación de recursos (insumos, tiempo para limpieza, mantenimiento) es la prueba máxima del compromiso del líder con la protección de los consumidores, especialmente los más vulnerables.

Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) aplicada a la inocuidad alimentaria

La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP), evolucionada de la Teoría de la Acción Razonada, postula que el predictor más próximo del comportamiento humano es la intención conductual. Según Ajzen (1991), la intención de realizar una acción (como lavarse las manos correctamente o desinfectar una superficie) no es azarosa, sino que se construye a partir de tres determinantes cognitivos principales: la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido.

La actitud hacia la conducta se refiere al grado en que el manipulador de alimentos tiene una valoración favorable o desfavorable hacia una práctica específica de inocuidad. Esta se divide en dos dimensiones:

- **Actitud Instrumental:** El juicio sobre si la práctica es útil o eficaz. Por ejemplo, si un cocinero cree que el uso de termómetros realmente previene brotes de Salmonella en poblaciones como las PVV, su actitud será positiva.
- **Actitud Afectiva:** El sentimiento que le genera realizar la tarea. Si el personal percibe los protocolos de higiene como tediosos o innecesarios, su intención de cumplirlos disminuirá (Pilling *et al.*, 2008).

En cuanto a las normas subjetivas y la presión social percibida, este constructo analiza la influencia del entorno social sobre el individuo. En un servicio de alimentación, la norma subjetiva se manifiesta a través de:

- **Normas Injuntivas:** Lo que el trabajador percibe que sus superiores (jefes de cocina, nutricionistas) esperan de él.
- **Normas Descriptivas:** Lo que el trabajador observa que hacen sus compañeros. Si la norma descriptiva es la negligencia (ej. nadie usa guantes cuando debería), el individuo tenderá a imitar esa conducta para encajar en el grupo, incluso si conoce la norma técnica (Clayton & Griffith, 2008).

Finalmente el control conductual percibido (CCP), es la percepción del individuo sobre la facilidad o dificultad para realizar la conducta de inocuidad. El CCP es crítico porque puede actuar directamente sobre el comportamiento, saltándose la intención si existen barreras insuperables.

- **Factores Internos:** Las habilidades y conocimientos del trabajador (ej. "¿sé cómo calibrar este equipo?").
- **Factores Externos:** La disponibilidad de recursos y tiempo. Si un servicio de alimentación está saturado de pedidos y no hay suficientes estaciones de lavado, el CCP disminuye reducido, provocando que el trabajador abandone las prácticas seguras para priorizar la rapidez.

La aplicación de la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) en la gestión del riesgo alimentario permite superar el enfoque tradicional centrado únicamente en la capacitación técnica. En lugar de limitarse a enseñar “qué hacer”, las intervenciones basadas en la TCP buscan modificar actitudes mediante la sensibilización sobre el impacto real de las enfermedades transmitidas por alimentos en poblaciones vulnerables; fortalecer las normas injuntivas creando líderes de opinión dentro del equipo que modelen conductas seguras; y aumentar el control conductual percibido asegurando que la infraestructura, los recursos y el diseño del flujo de trabajo faciliten la práctica de la inocuidad. Este enfoque reconoce que el comportamiento humano es multicausal y que la intención de actuar de manera segura depende de factores sociales, psicológicos y contextuales, lo que marca un cambio de paradigma respecto al modelo informativo tradicional.

Diversos estudios han validado la robustez de la TCP para predecir comportamientos críticos como el lavado de manos, la prevención de la contaminación cruzada y el control de temperaturas. Investigaciones como las de Pilling *et al.* (2008) y Mullan & Wong (2009) han demostrado que:

- **La Intención como mediador:** La intención de manipular alimentos de forma segura explica hasta un 45% de la variación en el comportamiento real.
- **Predominancia de las Normas Subjetivas:** En entornos de servicios de alimentación (restaurantes, hospitales), la presión de los compañeros y la cultura impuesta por el chef o supervisor son, a menudo, predictores más fuertes que el conocimiento técnico individual.

La literatura científica destaca que las intervenciones más efectivas son aquellas que abordan los tres componentes de la TCP de forma simultánea, superando el modelo tradicional de charlas magistrales:

- **Intervenciones sobre Actitudes:** Se utilizan testimonios o casos reales de brotes de ETA en PVV o niños para generar una respuesta afectiva. Al humanizar las consecuencias, la actitud hacia el rigor técnico deja de ser "una carga laboral" y se convierte en "protección de la vida".

- **Intervenciones sobre Normas Subjetivas:** Se fomenta el liderazgo de los mandos medios. Si el líder de cocina prioriza la inocuidad sobre la velocidad, la norma percibida cambia, y el personal tiende a alinearse con esa expectativa para mantener su estatus social dentro del grupo.
- **Intervenciones sobre el Control Conductual Percibido:** Se enfoca en el diseño del entorno (Nudge Theory). Por ejemplo, colocar dispensadores de desinfectante en el flujo natural de movimiento del cocinero aumenta su sensación de control y facilidad para cumplir la norma, reduciendo las barreras situacionales (Clayton & Griffith, 2008).

Desde la perspectiva de la salud pública, el TCP permite diseñar estrategias de comunicación de riesgos diferenciadas. Para poblaciones vulnerables, la aplicación de esta teoría ayuda a identificar qué creencias específicas impiden que los cuidadores o manipuladores sigan las pautas de inocuidad. Al modificar estas creencias subyacentes, se logra una reducción sostenible en la incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos, optimizando los recursos de vigilancia sanitaria (Young *et al.*, 2017).

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA

Fuentes de información

Para el desarrollo de la investigación diagnóstica se utilizaron dos tipos de fuentes de información, primaria (directamente recolectada) y secundaria (información previamente publicada). Como fuentes primarias están los beneficiarios del hogar de la esperanza y el servicio de alimentación, para los cuales se aplicarán instrumentos específicos para la recolección de la información.

Como fuentes secundarias, se encuentran las publicaciones científicas, libros, y guías desarrolladas específicamente para población VIH, entre otros, que aportan herramientas para el desarrollo de la metodología y la evaluación de los resultados.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La siguiente tabla sintetiza las principales fuentes de información utilizadas en el diagnóstico del Hogar de la Esperanza, así como las técnicas de recolección aplicadas y los productos generados a partir de cada una. Esta sistematización permite visualizar de forma integrada cómo se construyó el diagnóstico desde una aproximación multidimensional, que combina la evaluación técnica del servicio de alimentación con el análisis de la cultura de inocuidad alimentaria y los determinantes conductuales de beneficiarios y personal, fundamentados en la Teoría del Comportamiento Planificado.

Tabla 1

Fuentes de información y técnica de recolección

Fuente de información	Técnica de recolección	Producto generado
Guía de Evaluación de Servicios de Alimentación del Ministerio de Salud de Costa Rica	Revisión técnica y observación directa (Anexo 1)	Diagnóstico de infraestructura, procesos y condiciones sanitarias
Personal del HLE (beneficiarios, manipuladores residentes)	Encuesta (Anexo 2)	Puntajes por dimensiones y diagnóstico de cultura de inocuidad
Beneficiarios del HLE	Encuesta (Anexo 2)	Identificación de brechas entre intención y comportamiento

Director del HLE (Orlando Navarro Rojas)	Entrevista semiestructurada (Anexo 3)	Información sobre gestión institucional y barreras organizacionales
Enfermero del HLE (Mario Rojas)	Entrevista semiestructurada (Anexo 3)	Perspectiva sanitaria e identificación de hábitos higiénicos
Nutricionista 2021 (Juan José Mora Meza)	Entrevista semiestructurada (Anexo 3)	Información histórica del servicio y evolución operativa
Nutricionista 2022–2023 (Odiney Fernández Vargas)	Entrevista semiestructurada (Anexo 3)	Actualización operativa y necesidades del servicio
Observación del entorno físico y prácticas cotidianas	Observación no participante y registro de campo	Identificación de riesgos y barreras materiales
Marco teórico (SAN y TCP)	Revisión documental y análisis conceptual	Criterios para interpretar comportamiento y orientar la propuesta

Nota: elaboración propia.

El uso complementario de observación directa, entrevistas semiestructuradas y encuestas estructuradas permitió triangular la información obtenida, enriqueciendo la comprensión tanto del entorno físico como de los factores organizacionales y cognitivos que influyen en las prácticas de manipulación y consumo de alimentos. Además, la inclusión de entrevistas a actores clave —director, enfermero y profesionales en nutrición que han estado a cargo del servicio en distintos períodos— aportó una perspectiva histórica y operativa esencial para interpretar las barreras, limitaciones y oportunidades del servicio.

Específicamente para la evaluación de la cultura de inocuidad, entendida como el *comportamiento*, se desarrolló una encuesta considerando Teoría del Comportamiento Planificado (Theory of Planned Behavior, TPB), propuesta por Icek Ajzen (1991), esta teoría ha sido ampliamente utilizada para la evaluación de comportamiento y la identificación de oportunidades de intervenciones para generar cambios en el comportamiento.

La TPB indica que el comportamiento esta influenciado por tres componentes:

- Actitud hacia el comportamiento: La valoración personal que hace un individuo de una conducta, ejemplo valorar la inocuidad como aspecto importante.
- Normas subjetivas: Creencias normativas, ejemplo, si como grupo valoran la higiene o inocuidad

- Control conductual percibido: Creencias de control, grado en el comportamiento puede estar limitado por otros factores, ejemplo ausencia de recursos.

La encuesta para los usuarios se desarrolló considerando cada uno de los componentes de la TPB, y con dos tipos de escala para las respuestas la dicotómica y la nominal, las cuales se detallan y ejemplifican a continuación:

Tabla 2

Escalas de encuesta

Escala	Uso	Ejemplo	Respuestas
0 – 1	Para ítems dicotómicos de conocimiento o percepción	"¿Cree que hay riesgos alimentarios?"	0 No 1 Sí
0 – 1 – 2	Para ítems que evalúan actitudes, hábitos o decisiones con diferentes niveles de adecuación	"¿Qué haría si el pollo está crudo por dentro?"	0 Lo comería 1 No lo comería 2 reportaría que está crudo y no comería

Nota: elaboración propia.

En conjunto, esta integración metodológica permitió generar un diagnóstico robusto, identificar brechas críticas en infraestructura, comportamiento y gestión, y establecer los insumos necesarios para orientar la formulación de alternativas y la propuesta de solución basada en el fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria.

Evaluación de servicio de alimentación

Con el diagnóstico del cumplimiento o incumplimiento de la lista de verificación del Ministerio de Salud, se determinaron áreas críticas que pueden afectar la operación y la inocuidad de los alimentos, almacenados, procesados y consumidos por la organización.

Evaluación de la cultura de inocuidad

Para comprender de manera más profunda la cultura de inocuidad alimentaria dentro del Hogar de la Esperanza, además del análisis del servicio de alimentación, se aplicó la encuesta incluida en el Anexo 1 a los beneficiarios residentes, quienes participan activamente en la manipulación y consumo de alimentos. Las respuestas obtenidas fueron transformadas a valores numéricos según las escalas definidas para cada ítem, y posteriormente clasificadas en las dimensiones establecidas por la Teoría del Comportamiento Planificado: actitud, normas subjetivas, control conductual percibido, intención y comportamiento actual.

Esta estructuración permitió generar puntajes por dimensión y, con ello, identificar el nivel de cultura de inocuidad de cada beneficiario, diferenciando entre quienes presentan prácticas más consolidadas (puntajes altos) y quienes evidencian brechas entre la intención y el comportamiento real. Dichas brechas pueden estar asociadas tanto a limitaciones cognitivas (desconocimiento, creencias erróneas) como a barreras estructurales (ausencia de insumos, limitaciones del entorno físico o falta de condiciones materiales). Este análisis permitió comprender no solo el nivel de inocuidad practicado, sino también los factores que condicionan la adopción o dificultad en la puesta en práctica de comportamientos inocuos.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Este apartado analiza e interpreta los principales hallazgos obtenidos en la investigación diagnóstica, con el fin de evidenciar la brecha existente entre la situación actual del servicio de alimentación del Hogar de la Esperanza y la situación deseada desde la perspectiva de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), así como justificar la pertinencia de una intervención posterior. No se presentan datos nuevos, sino que se integran y valoran los resultados ya descritos.

Como parte de los resultados de la investigación diagnóstica, el mayor problema de la organización se describe como “deficiencias críticas en la cultura y prácticas de inocuidad alimentarias, agravadas por la vulnerabilidad inmunológica de la población beneficiaria”. Este aspecto resulta especialmente relevante no solo porque las conductas sanitarias individuales pueden afectar la salud de quien las practica, sino porque una proporción importante de los beneficiarios del Hogar de la Esperanza (47%) participa activamente en la preparación de alimentos para otros compañeros, por lo que su nivel de conocimiento y sus prácticas cotidianas inciden directamente en el riesgo sanitario de la población total atendida por la organización.

La población beneficiaria del Hogar de la Esperanza es población que vive con VIH, por lo que, debido a su condición de inmunosupresión, presenta una mayor susceptibilidad a las afectaciones derivadas de enfermedades transmitidas por alimentos. Estas enfermedades, aunque prevenibles mediante hábitos adecuados de higiene y buenas prácticas en los procesos de almacenamiento, manipulación y preparación de alimentos, pueden generar consecuencias más graves en este grupo poblacional, afectando su estado de salud, su estabilidad nutricional y su proceso de recuperación integral.

La cultura de inocuidad alimentaria de la población se encuentra influenciada por múltiples factores individuales y colectivos, los cuales inciden en la adopción de prácticas seguras o de riesgo. Esta cultura no se limita al conocimiento teórico sobre higiene, sino que se construye a partir de experiencias

previas, creencias, dinámicas grupales y condiciones estructurales del entorno donde se preparan y consumen los alimentos. En este sentido, las prácticas observadas reflejan no solo decisiones individuales, sino también las limitaciones y condiciones del contexto organizacional en el que se desarrollan.

Por otra parte, los resultados de la investigación diagnóstica evidencian la ausencia de procesos sistemáticos de formación en temas de inocuidad alimentaria dirigidos a los beneficiarios que participan en la preparación de alimentos. Esta situación genera una brecha entre las necesidades sanitarias de una población inmunológicamente vulnerable y las capacidades reales de quienes manipulan los alimentos, incrementando el riesgo sanitario a nivel institucional y limitando la posibilidad de consolidar prácticas seguras de manera sostenida.

Como parte de los resultados de la investigación diagnóstica, se evidencia un interés en mejorar las prácticas, los conocimientos y, por ende, la cultura de inocuidad alimentaria por parte de la población beneficiaria. No obstante, también se identifican posibles resistencias al cambio asociadas a percepciones como “siempre lo hemos hecho así y no ha pasado nada”. Este hallazgo pone de manifiesto una aceptación parcial del problema y la coexistencia de disposición al cambio con barreras actitudinales y cognitivas que pueden dificultar la adopción de nuevas prácticas de manera permanente.

En este punto debe incorporarse la referencia a la tabla incluida en el Anexo 4, la cual resume los principales criterios de evaluación del proyecto orientado a la mejora de la inocuidad alimentaria en población con condición de VIH. A partir de esta síntesis, se observa que el diagnóstico evidencia riesgos claros asociados a la preparación y consumo de alimentos, derivados principalmente de deficiencias en conocimientos y prácticas de inocuidad. Si bien el problema no ha sido plenamente reconocido por toda la población beneficiaria, los resultados muestran interés en la mejora y un desconocimiento previo sobre los riesgos asociados, lo que constituye un elemento relevante para valorar la aceptación social de una eventual intervención.

A nivel institucional, el tema de la inocuidad alimentaria es considerado importante; sin embargo, la escasez de recursos económicos y la necesidad de asegurar la disponibilidad de alimentos han desplazado su prioridad frente a otras demandas operativas. Esta situación limita la capacidad de la organización para atender de manera sistemática los riesgos sanitarios identificados, aun cuando estos tengan implicaciones directas sobre la salud y el bienestar de la población atendida.

En cuanto a la alineación con políticas públicas, la situación analizada se enmarca en la Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos (Decreto Ejecutivo N.º 35960-S-MAG-MEIC-COMEX) y en el Pilar 3 del Plan SAN-CELAC de Costa Rica, orientado al bienestar nutricional y la inocuidad de los alimentos para poblaciones vulnerables. A nivel internacional, se vincula con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular con el ODS 2 (Hambre Cero), ODS 3 (Salud y Bienestar) y ODS 6 (Agua Limpia y Saneamiento), al abordar factores asociados a la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos y a la garantía de condiciones higiénicas adecuadas.

Se destaca que la situación analizada afecta a una población históricamente excluida, por lo que cualquier intervención debe considerar la pertinencia cultural alimentaria y el respeto por los hábitos existentes. Este aspecto resulta clave para comprender las prácticas actuales no únicamente como incumplimientos normativos, sino como expresiones de un contexto social específico que requiere abordajes sensibles y adaptados.

A nivel técnico, la organización cuenta con recursos humanos limitados pero relevantes, como la presencia de una nutricionista responsable y el apoyo voluntario del autor del proyecto. Estos elementos constituyen condiciones habilitantes para una intervención futura, aunque también se identifica la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación que permitan valorar cambios en las prácticas de inocuidad y su impacto en la SAN.

Finalmente, el análisis de la situación permite identificar que la problemática no es aislada ni coyuntural, sino que responde a una brecha estructural entre la situación actual del servicio de

alimentación del Hogar de la Esperanza y la situación deseada desde la perspectiva de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Esta brecha se caracteriza por deficiencias en la cultura de inocuidad, alta vulnerabilidad inmunológica de la población, limitaciones institucionales y una aceptación parcial del problema, lo cual justifica la formulación de una propuesta de solución que será desarrollada en el apartado siguiente.

Análisis FODA

El siguiente análisis FODA tiene como propósito identificar los principales factores internos y externos que inciden en la gestión del servicio de alimentación del Hogar de la Esperanza (HLE). A partir de los hallazgos obtenidos en el diagnóstico realizado, se describe en la siguiente tabla las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que afectan la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en la institución.

Tabla 3

Análisis FODA del servicio de alimentos del HLE

Componente	Descripción
Fortalezas	Experiencia institucional de más de 30 años en atención integral a personas con VIH. Compromiso de algunos beneficiarios en participar en la cocina y disposición al aprendizaje (68% expresó interés en recibir capacitación en inocuidad). Acceso generalizado a refrigeración para la conservación de alimentos. Apoyo parcial de una profesional en nutrición para el diseño del menú y el control de compras. Disposición mayoritaria a mejorar los hábitos alimentarios (79%).
Oportunidades	Apoyo de Ronald Andrey Ureña Jiménez como facilitador e instructor voluntario, con experiencia en inocuidad alimentaria y formación de personas adultas. Potencial para desarrollar un programa formativo en inocuidad adaptado al perfil de los beneficiarios, basado en cultura de inocuidad y herramientas prácticas. Utilizar el diagnóstico como un punto de partida para mejorar los procesos dentro del Hogar de la Esperanza, y permitir que ellos se sientan también parte del proceso de cambio, lo que puede implicar mayor participación en las iniciativas.

	Aplicación de estrategias de bajo costo para fortalecer la cultura de inocuidad, como campañas visuales, protocolos simplificados y mentoría entre pares. Oportunidad de implementar herramientas de gestión como 5S para mejorar el orden, limpieza y control de plagas.
Debilidades	Débil cultura de inocuidad alimentaria entre los beneficiarios, quienes en muchos casos desconocen el concepto de inocuidad y presentan prácticas de riesgo. Ausencia de supervisión permanente en el área de preparación de alimentos. Infraestructura deficiente en zonas de cocina y almacenamiento: presencia de plagas, goteras, espacios compartidos y falta de ventilación adecuada. Uso inadecuado de áreas de almacenamiento (mezcla de productos, uso mixto de bodegas, falta de rotulación e identificación). Insuficiencia de insumos básicos para higiene personal (agua, jabón adecuado, alcohol en gel). Inadecuada gestión de residuos orgánicos, con prácticas que favorecen la proliferación de plagas.
Amenazas	Alto riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos y agua (ETA), con consecuencias graves para la población inmunocomprometida. Deterioro de la imagen institucional del HLE, lo que puede afectar su sostenibilidad por pérdida de apoyo de aliados estratégicos y donantes. Posibles sanciones por parte de las autoridades sanitarias debido a condiciones inadecuadas en la manipulación de alimentos y cumplimiento normativo. Incremento del estigma social asociado a la condición de salud, agravado por eventuales brotes de enfermedades.

Nota: elaboración propia a partir de investigación diagnóstica.

Con lo descrito anteriormente en el análisis FODA, se evidencia que las debilidades detectadas en el Hogar de la Esperanza se concentran principalmente en aspectos relacionados con la cultura de inocuidad alimentaria, la formación de las personas beneficiarias que participan en la preparación de alimentos y las condiciones operativas del servicio de alimentación. Estas debilidades permiten identificar la necesidad de un proceso de fortalecimiento interno de la organización, orientado a mejorar de manera progresiva los conocimientos, las prácticas y la organización de los procesos vinculados con la inocuidad alimentaria.

Asimismo, el análisis pone de manifiesto que las condiciones actuales del servicio de alimentación requieren el fortalecimiento de los procedimientos de limpieza y desinfección en áreas

críticas, tales como bodegas de alimentos, cocina y refrigeradoras. La ausencia de lineamientos claros y estandarizados dificulta la correcta ejecución de estas tareas, especialmente en un contexto caracterizado por la rotación de beneficiarios que participan en la preparación de alimentos, lo cual incrementa el riesgo sanitario identificado.

En relación con el estado de la infraestructura, el análisis FODA permite reconocer la existencia de diversas fallas que afectan directa o indirectamente la inocuidad de los alimentos. Estas condiciones evidencian la necesidad de priorizar las intervenciones según el impacto potencial sobre la inocuidad, considerando las limitaciones de recursos existentes y la imposibilidad de atender de forma simultánea todas las necesidades detectadas.

Por otra parte, el análisis de las amenazas que enfrenta la organización, particularmente aquellas asociadas al riesgo sanitario y a la imagen institucional, resalta la importancia de abordar la inocuidad alimentaria desde una perspectiva cultural, en la que las personas beneficiarias sean reconocidas como actores centrales del proceso. La adopción de valores y comportamientos seguros en torno al manejo de alimentos, así como su incorporación en las rutinas diarias, se identifican como elementos clave para reducir los riesgos sanitarios y fortalecer la sostenibilidad de las acciones institucionales.

Finalmente, el análisis FODA permite identificar que el fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria y la mejora progresiva del servicio de alimentación tienen implicaciones directas tanto en la protección de la salud de la población beneficiaria como en la imagen institucional del Hogar de la Esperanza. La documentación y comunicación de los esfuerzos de mejora se reconocen como factores relevantes para reforzar la confianza de la comunidad, de los donantes y de los aliados estratégicos, contribuyendo a la sostenibilidad institucional y al cumplimiento de su misión de mejorar la salud, la dignidad y la calidad de vida de una población altamente vulnerable.

Matriz de involucrados

La matriz de involucrados tiene como objetivo identificar y analizar a las personas, instituciones, empresas y organizaciones vinculadas con la problemática abordada en el Hogar de la Esperanza, con el fin de comprender el impacto que tendría la eliminación del problema en cada uno de estos actores, así como su rol, nivel de influencia y responsabilidades dentro del proceso. Este análisis resulta fundamental para comprender la viabilidad social e institucional de una intervención orientada a la mejora del servicio de alimentación.

En la Tabla 4 se presentan los principales actores identificados, así como el análisis de su afectación, beneficios esperados, rol y nivel de influencia en relación con la problemática de inocuidad alimentaria del Hogar de la Esperanza.

Tabla 4*Matriz de involucrados del Hogar de la Esperanza*

Personas, instituciones, empresas y organizaciones involucradas	Como lo afecta la eliminación del problema ¿Positivo o negativamente ?	Beneficio o resultado alcanzado si se elimina el problema	Usuario externo o interno	Rol	Funciones o responsabilidades en la eliminación del problema	Influencia	
						Positivo	Negativo
Junta directiva Hogar de la Esperanza	Positivo	Mejora del estado de salud de los beneficiarios, mejora de la imagen de la organización, sobre el manejo de los alimentos y el servicio ofrecido.	Interno	Promotor	Asignar presupuesto para atender las necesidades infraestructurales que afecten la inocuidad de los alimentos. Permitir el desarrollo de actividades de formación y capacitación. Buscar alianzas para la donación de implementos de limpieza con jabón de manos y alcohol en gel.	X	

Personas, instituciones, empresas y organizaciones involucradas	Como lo afecta la eliminación del problema ¿Positivo o negativamente ?	Beneficio o resultado alcanzado si se elimina el problema	Usuario externo o interno	Rol	Funciones o responsabilidades en la eliminación del problema	Influencia	
						Positivo	Negativo
Beneficiarios del Hogar de la esperanza	Positivo	Mejora de hábitos alimentarios. Alimentos más inocuos, con menor riesgo de contraer enfermedades transmitidas por alimentos ETA's Ocupación de tiempo y convivencia con el grupo, como parte de terapia ocupacional. Generación de conocimiento y competencias, que favorecen los procesos de reincorporación a la sociedad civil.	Interno	Participante / Beneficiario	Participar en las actividades de capacitación y formación. Implementar lo aprendido en el día a día. Apoyar en el orden y limpieza de las instalaciones de preparación y almacenamiento de alimentos, así como en la gestión de los residuos. Informar desviaciones de los controles de forma oportuna.	X	

Personas, instituciones, empresas y organizaciones involucradas	Como lo afecta la eliminación del problema ¿Positivo o negativamente?	Beneficio o resultado alcanzado si se elimina el problema	Usuario externo o interno	Rol	Funciones o responsabilidades en la eliminación del problema	Influencia	
						Positivo	Negativo
Ronald Andrey Ureña Jimenez – Voluntario	Positivo	Oportunidad para fortalecer su experiencia profesional y compromiso social en el área de inocuidad alimentaria y salud pública. Este rol de apoyo a la disminución de la problemática le permite aplicar y profundizar sus conocimientos técnicos en un contexto real y desafiante, lo que contribuye a su desarrollo personal y profesional.	Externo	Promotor Voluntario	Desarrollar plan de cultura de inocuidad, a partir de la encuesta desarrollada, considerando la formación y capacitación del personal en temas de higiene, preparación de alimentos, orden y aseo, entre otros. Levantamiento de lista de áreas críticas de infraestructura.	X	

Nota: elaboración propia a partir de investigación diagnóstica.

En el caso de la junta directiva del Hogar de la Esperanza, se identifica un rol estratégico como actor interno con capacidad de decisión e influencia directa sobre la asignación de recursos, la definición de prioridades institucionales y la autorización de procesos de mejora. La eliminación del problema de inocuidad alimentaria tendría un impacto positivo para este actor, al contribuir a la mejora del estado de salud de la población beneficiaria, al fortalecimiento de la imagen institucional y a la reducción de riesgos asociados a eventuales sanciones sanitarias. La posición de la junta directiva la convierte en un actor clave para garantizar la sostenibilidad institucional de cualquier intervención que se formule posteriormente.

Los beneficiarios del Hogar de la Esperanza constituyen el grupo directamente afectado por la problemática y, al mismo tiempo, uno de los actores con mayor relevancia para su abordaje. La mejora de la inocuidad alimentaria tendría impactos positivos en términos de reducción del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos, fortalecimiento de hábitos seguros, mejora de la convivencia y generación de competencias que pueden favorecer procesos de reinserción social. Dado que una proporción significativa de los beneficiarios participa activamente en la preparación de alimentos, su nivel de involucramiento, apropiación y compromiso resulta determinante para la efectividad y sostenibilidad de cualquier cambio que se pretenda implementar. Si bien su nivel de influencia formal es limitado, su influencia operativa es alta, ya que sus prácticas cotidianas inciden directamente en la inocuidad del servicio de alimentación.

Por su parte, el voluntario identificado en la matriz representa un actor externo con un rol técnico y de apoyo, cuyo involucramiento tiene un impacto positivo tanto para la organización como para su propio desarrollo profesional. La participación de este actor aporta conocimientos especializados en inocuidad alimentaria y formación de personas adultas, lo cual fortalece la capacidad técnica del Hogar de la Esperanza sin generar una carga financiera adicional significativa, aspecto relevante en un

contexto de limitaciones presupuestarias. Su nivel de influencia se asocia principalmente al acompañamiento técnico y formativo, y depende de la articulación efectiva con los actores internos.

De manera transversal, el análisis de la matriz de involucrados permite identificar que la eliminación del problema de inocuidad alimentaria genera beneficios compartidos entre los distintos actores, aunque con distintos niveles de responsabilidad e influencia. La problemática no puede ser abordada de manera unilateral, sino que requiere de una articulación entre actores con capacidad de decisión, actores operativos y actores de apoyo técnico.

Asimismo, la matriz evidencia que no se identifican actores con impactos negativos relevantes ante la eliminación del problema, lo cual constituye un elemento favorable para la aceptación social de una intervención. La ausencia de conflictos de interés significativos y la coincidencia en los beneficios esperados refuerzan la viabilidad social e institucional de una propuesta orientada a fortalecer la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza.

El análisis de involucrados muestra que existe un entorno institucional y social propicio para el abordaje de la problemática identificada, caracterizado por la presencia de actores clave con interés en la mejora, roles claramente diferenciados y beneficios compartidos. Estos elementos respaldan la pertinencia de avanzar hacia la formulación de una propuesta de solución que considere la participación y coordinada de los involucrados identificados, aspecto que se desarrolla en el apartado siguiente.

En conjunto, el análisis realizado permite comprender que la problemática de la inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza se configura a partir de la interacción entre factores individuales, organizacionales y contextuales, y no responde a situaciones aisladas ni a fallas puntuales. Las deficiencias en la cultura y en las prácticas de inocuidad, identificadas en el diagnóstico, adquieren una mayor relevancia al desarrollarse en un contexto institucional donde una parte significativa de la población beneficiaria participa activamente en la preparación de alimentos y presenta una condición de vulnerabilidad inmunológica asociada al VIH.

El análisis de la situación evidencia una brecha clara entre la situación actual del servicio de alimentación y la situación deseada desde la perspectiva de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, particularmente en lo relacionado con la protección de la salud, la reducción del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos y la adecuada utilización biológica de los alimentos. Esta brecha se ve reforzada por limitaciones en la formación, en la estandarización de prácticas y en las condiciones operativas del servicio, así como por restricciones institucionales propias del contexto en el que opera la organización.

Al mismo tiempo, el análisis muestra que existen condiciones que permiten considerar pertinente y viable el abordaje de esta problemática. La presencia de interés por parte de los beneficiarios en mejorar sus prácticas, el reconocimiento institucional de la importancia del tema, la existencia de actores con capacidad de decisión y apoyo técnico, y la alineación con políticas públicas y marcos normativos en materia de inocuidad y seguridad alimentaria y nutricional, configuran un escenario favorable para la intervención.

De esta manera, el análisis de la situación no solo confirma la relevancia del problema desde el enfoque de la SAN, sino que también establece una base sólida para orientar la definición de los objetivos del proyecto, los cuales se plantean a partir de la necesidad de reducir el riesgo sanitario, fortalecer la cultura de inocuidad alimentaria y contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población beneficiaria del Hogar de la Esperanza.

PROPUESTA DE SOLUCION

“Fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza: un enfoque de Seguridad Alimentaria y Nutricional basado en la Teoría del Comportamiento Planificado.”

La presente propuesta de solución surge como respuesta a la problemática diagnosticada en relación con las prácticas de manipulación y consumo de alimentos en una población en condición de vulnerabilidad, específicamente personas que viven con VIH en el Hogar de la Esperanza. Desde el enfoque de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, la propuesta se sitúa en la dimensión de utilización biológica de los alimentos, reconociendo que la inocuidad constituye un determinante fundamental para la protección de la salud y la reducción del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos.

Asimismo, la propuesta adopta la Teoría del Comportamiento Planificado como marco metodológico para orientar el cambio de conductas normadas en inocuidad alimentaria, considerando que las prácticas cotidianas vinculadas a la preparación y consumo de alimentos están influenciadas no solo por el conocimiento técnico, sino también por actitudes, normas sociales y el control conductual percibido. En este sentido, el fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria se concibe como un proceso educativo, participativo y sostenible, que integra capacitación, adecuación del entorno y mecanismos de monitoreo y retroalimentación continua, con el fin de promover el autocuidado individual y colectivo en el Hogar de la Esperanza.

Objetivos del Proyecto

Objetivo General

Fortalecer las condiciones de inocuidad alimentaria del servicio de alimentación del Hogar de la Esperanza, mediante un programa estructurado de fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria, para reducir el riesgo de deterioro de la utilización biológica de los alimentos y de la estabilidad nutricional en las personas que viven con VIH beneficiarias.

Objetivos específicos

Diseñar un programa de capacitación en inocuidad alimentaria y buenas prácticas de higiene, adaptado a las características y necesidades de la población beneficiaria, para el fortalecimiento del conocimiento y las actitudes relacionadas con la manipulación y el consumo seguro de alimentos.

Elaborar un sistema de señalización y material visual accesible que facilite la adopción de prácticas seguras y normadas de inocuidad alimentaria en el servicio de alimentación del Hogar de la Esperanza.

Proponer un modelo de acompañamiento solidario (institucional) orientado al fortalecimiento del autocuidado colectivo y de normas compartidas en la manipulación y consumo seguro de alimentos.

Definir un sistema participativo de monitoreo y retroalimentación continua para el seguimiento de la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza.

Modalidad de ejecución

Metodología

La propuesta se fundamenta en un enfoque de Seguridad Alimentaria y Nutricional, específicamente en la dimensión de utilización biológica de los alimentos, y adopta la Teoría del Comportamiento Planificado como estructura metodológica para orientar el cambio conductual normado en inocuidad alimentaria.

Desde esta perspectiva, la intervención se diseña considerando de manera integrada los siguientes componentes:

- **Actitudes:** fortalecimiento del conocimiento, percepción de riesgo y valoración de la inocuidad alimentaria en personas que viven con VIH, en relación con la manipulación y el consumo seguro.
- **Normas subjetivas:** fortalecimiento de prácticas colectivas de autocuidado y corresponsabilidad en el servicio de alimentación, favoreciendo acuerdos compartidos y comportamientos socialmente aceptados en torno a la inocuidad.
- **Control conductual percibido:** facilitación de comportamientos seguros mediante la adecuación del entorno, el uso de señalización clara y la incorporación de herramientas visuales que apoyen la toma de decisiones cotidianas durante la preparación y el consumo de alimentos.

La metodología prioriza un enfoque educativo, participativo y no punitivo, coherente con el enfoque de reducción del daño y con la realidad social y organizacional del Hogar de la Esperanza, reconociendo las características de la población beneficiaria y las condiciones operativas del servicio de alimentación.

Etapas

Para el desarrollo de la propuesta se establece una ruta metodológica orientada al fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza, considerando las condiciones particulares del servicio de alimentación institucional y de la población beneficiaria. Esta ruta organiza de manera secuencial las acciones necesarias para intervenir sobre las prácticas de manipulación y consumo de alimentos, así como sobre los factores individuales, colectivos y organizacionales que influyen en dichas prácticas.

La propuesta se estructura a partir de un diagnóstico participativo inicial, que permitió identificar conocimientos, percepciones de riesgo, prácticas colectivas y barreras asociadas a la manipulación inocua de alimentos en personas que viven con VIH. Esta línea base constituye el punto de partida para la planificación de las acciones posteriores y para la priorización de los componentes de intervención.

Con base en los resultados del diagnóstico, la ruta metodológica articula acciones formativas, de apoyo al entorno, de acompañamiento solidario (institucional) y de seguimiento institucional, orientadas a fortalecer progresivamente las prácticas de inocuidad alimentaria y a favorecer su sostenibilidad en el tiempo. Las etapas propuestas buscan incidir de manera integrada en el comportamiento cotidiano de la población beneficiaria y en la organización del servicio de alimentación, reconociendo que la mejora de la inocuidad requiere intervenciones continuas y contextualizadas.

La secuencia de etapas y su interrelación se presentan en la Figura 11, la cual sintetiza la lógica de intervención y sirve como referencia para la descripción detallada de las actividades asociadas a cada uno de los objetivos específicos.

Figura 11

Ruta metodológica para el fortalecimiento de la cultura de inocuidad



Nota: Componente TCP= Teoría del Comportamiento planificado. Elaboración propia.

Para cada uno de los objetivos se realiza una sistematización, indicando las actividades derivadas de este, el método, los responsables y las técnicas e instrumentos necesarios para su ejecución:

Objetivo específico 1

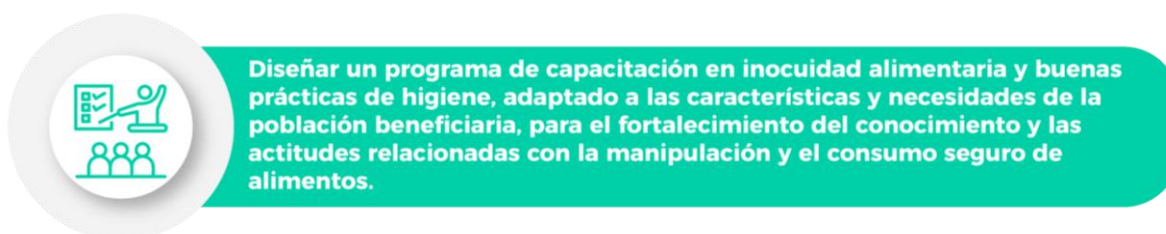


Tabla 5

Sistematización objetivo específico 1

Actividades	Método	Responsable	Técnicas o instrumentos
Identificación de riesgos de inocuidad alimentaria relevantes para personas que viven con VIH	Análisis técnico-documental	Equipo técnico del proyecto	Revisión de normativa sanitaria, guías VIH–nutrición, diagnóstico previo
Definición de contenidos prioritarios de capacitación	Sistematización temática	Equipo técnico	Matriz de contenidos, priorización de riesgos
Diseño de módulos de capacitación breves y secuenciales	Diseño instruccional	Equipo técnico	Guía curricular, estructura modular
Adaptación del lenguaje y enfoque pedagógico a la población beneficiaria	Enfoque participativo	Equipo técnico con referentes institucionales	Ajuste de contenidos, validación comunitaria
Diseño metodológico de sesiones prácticas	Aprendizaje experiencial	Equipo técnico	Guiones de sesión, demostraciones prácticas
Estructuración del programa de capacitación con reinducciones	Planificación educativa	Equipo técnico	Cronograma de capacitación, plan de reinducción

Nota: elaboración propia.

Objetivo específico 2



Elaborar un sistema de señalización y material visual accesible que facilite la adopción de prácticas seguras y normadas de inocuidad alimentaria en el servicio de alimentación del Hogar de la Esperanza.

Tabla 6

Sistematización objetivo específico 2

Actividades	Método	Responsable	Técnicas o instrumentos
Identificación de puntos críticos del servicio de alimentación	Observación técnica	Equipo técnico con personal del Hogar	Lista de puntos críticos, recorrido guiado
Definición de conductas objetivo a reforzar visualmente	Análisis conductual	Equipo técnico	Matriz conducta–mensaje
Elaboración de mensajes clave de inocuidad alimentaria	Sistematización comunicacional	Equipo técnico	Redacción de mensajes breves
Diseño conceptual de pictogramas e infografías	Diseño gráfico funcional	Diseñador gráfico / equipo técnico	Bocetos, plantillas visuales
Validación técnica y sanitaria del contenido visual	Revisión técnica	Equipo técnico / asesor sanitario	Lista de verificación técnica
Organización del sistema de señalización en los espacios	Planificación espacial	Equipo técnico	Mapa de ubicación de señalización
Elaboración y colocación de rótulos y ayudas visuales desarrolladas	Impresión en materiales duraderos, como PVC o PP.	Proveedor externo	Lista de rótulos y Mapa de ubicación de señalización

Nota: elaboración propia.

Objetivo específico 3



Proponer un modelo de acompañamiento solidario (institucional) orientado al fortalecimiento del autocuidado colectivo y de normas compartidas en la manipulación y consumo seguro de alimentos.

Tabla 7

Sistematización objetivo específico 3

Actividades	Método	Responsable	Técnicas o instrumentos
Identificación de prácticas críticas de manipulación y consumo de alimentos a reforzar colectivamente	Análisis participativo de prácticas cotidianas	Equipo técnico con beneficiarios del Hogar	Listado consensuado de prácticas clave
Diseño de mecanismos de observación participativa en espacios de preparación y consumo	Observación estructurada participativa	Equipo técnico con referentes institucionales	Guía de observación participativa
Implementación de espacios periódicos de acompañamiento y retroalimentación grupal	Metodología participativa	Equipo técnico y beneficiarios	Agenda de encuentros, dinámicas grupales
Promoción de acuerdos colectivos sobre prácticas seguras de inocuidad alimentaria	Facilitación comunitaria	Equipo técnico	Acuerdos institucionales, actas simples
Registro cualitativo de aprendizajes, dificultades y avances observados	Sistematización cualitativa básica	Equipo técnico	Bitácora de acompañamiento
Retroalimentación continua para el refuerzo de normas compartidas de autocuidado	Diálogo reflexivo	Equipo técnico y beneficiarios	Guías de retroalimentación

Nota: elaboración propia.

Objetivo específico 4



Definir un sistema participativo de monitoreo y retroalimentación continua para el seguimiento de la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza.

Tabla 8

Sistematización objetivo específico 4

Actividades	Método	Responsable	Técnicas o instrumentos
Identificación de prácticas clave de inocuidad alimentaria a evaluar institucionalmente	Análisis de riesgos sanitarios	Equipo técnico del proyecto	Revisión normativa, listado de prácticas críticas
Definición de criterios de evaluación de la cultura de inocuidad alimentaria	Operacionalización de conceptos	Equipo técnico	Matriz prácticas–criterios
Construcción participativa de indicadores simples y comprensibles	Taller participativo de indicadores	Equipo técnico y personal del Hogar	Matriz de indicadores cualitativos y cuantitativos
Diseño de instrumentos de evaluación accesibles para población vulnerable	Diseño metodológico adaptado	Equipo técnico	Listas de verificación visuales, fichas de observación
Planificación de espacios periódicos de retroalimentación institucional	Metodología participativa	Equipo técnico y coordinación del Hogar	Agenda de sesiones, guías de diálogo
Análisis participativo de los resultados del monitoreo	Análisis cualitativo participativo	Equipo técnico	Registro de observaciones, síntesis de resultados
Definición de mecanismos de ajuste y mejora continua	Ciclo de mejora continua	Equipo técnico	Propuesta de acciones de mejora
Integración del sistema de seguimiento a la rutina institucional	Normalización de procesos	Equipo técnico y coordinación del Hogar	Protocolo de seguimiento de la cultura de inocuidad

Nota: elaboración propia.

Organización operativa

La organización operativa del proyecto se orienta a facilitar una ejecución ordenada, coordinada y coherente de las acciones propuestas dentro del Hogar de la Esperanza, mediante la articulación de funciones estratégicas, técnicas, administrativas y operativas propias de la institución. Esta estructura organizativa se concibe como un soporte para la implementación del proyecto, sin sustituir las responsabilidades institucionales existentes ni generar dependencias externas para su funcionamiento.

Durante las visitas realizadas, la Junta Directiva del Hogar de la Esperanza ha manifestado de manera explícita la relevancia estratégica del proyecto para la organización, destacando que el aseguramiento de la inocuidad alimentaria constituye un eje fundamental para la sostenibilidad institucional del Hogar y para la protección de la salud de las personas beneficiarias. En este sentido, la Junta Directiva asume el liderazgo del proyecto, brindando el aval institucional, definiendo lineamientos estratégicos y promoviendo la integración del enfoque de Seguridad Alimentaria y Nutricional en la gestión cotidiana del Hogar.

La distribución de roles responde a la necesidad de contar con un liderazgo institucional sólido para la toma de decisiones y la asignación de recursos, así como con el acompañamiento técnico necesario para el desarrollo metodológico de las actividades. Desde este enfoque, la coordinación técnica del proyecto se concibe como un rol de asesoría, facilitación y articulación, orientado a apoyar el diseño, la planificación, la implementación metodológica y la sistematización de las acciones, en estrecha colaboración con el equipo del Hogar de la Esperanza y bajo la conducción de la Junta Directiva.

La participación de la administración y del personal técnico (administración, nutrición y enfermería) resulta clave para asegurar la viabilidad operativa del proyecto, la adecuación técnica de los contenidos y la integración progresiva de las acciones en la rutina del servicio de

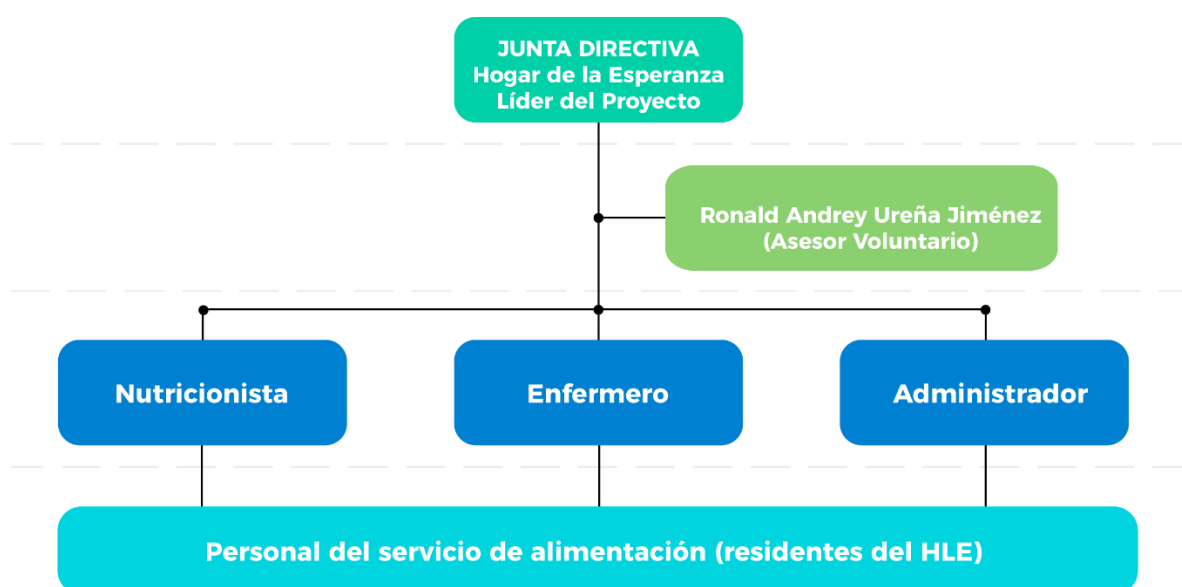
alimentación y en los procesos de autocuidado y prevención de riesgos sanitarios. Asimismo, la inclusión del personal del servicio de alimentación como actores centrales del proceso permite fortalecer un enfoque participativo interno, promoviendo la corresponsabilidad y la construcción de normas compartidas de autocuidado colectivo.

Esta estructura organizativa busca favorecer la apropiación institucional de las prácticas de inocuidad alimentaria, reforzando su incorporación en la vida cotidiana del Hogar de la Esperanza y contribuyendo de manera sostenida a la mejora de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas beneficiarias.

A continuación, se presenta el organigrama del proyecto, seguido de la descripción de las funciones y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados, como base para la implementación, el seguimiento y la evaluación del proyecto dentro de la estructura organizativa del Hogar de la Esperanza.

Figura 12

Organización operativa del proyecto



Nota: elaboración propia.

Tabla 9

Descripción de las funciones del personal en el proyecto

Cargo / Actor	Funciones dentro del proyecto
Junta Directiva del Hogar de la Esperanza (Líder del Proyecto)	• Liderar, aprobar y avalar la propuesta de fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria. • Definir lineamientos estratégicos y brindar respaldo institucional para la implementación del proyecto. • Facilitar condiciones organizacionales, administrativas y normativas para su ejecución. • Promover la integración del enfoque de Seguridad Alimentaria y Nutricional en la gestión institucional del Hogar. • Dar seguimiento general al avance del proyecto y a la toma de decisiones clave.
Asesor Externo – Ronald Andrey Ureña Jiménez (Voluntario)	• Brindar asesoría técnica en el diseño y formulación del proyecto. • Acompañar metodológicamente la incorporación del enfoque basado en la Teoría del Comportamiento Planificado. • Asesorar al equipo técnico en la articulación entre componentes educativos, conductuales y organizacionales. • Apoyar el diseño de estrategias de capacitación, señalización y monitoreo participativo.
Nutricionista (Miembro del equipo del Hogar de la Esperanza)	• Brindar asesoría técnica especializada en inocuidad alimentaria y nutrición. • Adaptar los contenidos educativos a las características y necesidades de las personas que viven con VIH. • Validar técnicamente materiales visuales, guías y mensajes clave. • Apoyar el monitoreo de prácticas relacionadas con la utilización biológica de los alimentos.
Administrador (Miembro del equipo del Hogar de la Esperanza)	• Facilitar los recursos logísticos y administrativos necesarios para el desarrollo del proyecto. • Coordinar tiempos, espacios y recursos internos. • Apoyar la integración progresiva del proyecto en la rutina operativa del Hogar.
Enfermero (Miembro del equipo del Hogar de la Esperanza)	• Integrar el enfoque de autocuidado y prevención de riesgos sanitarios en el contexto institucional. • Reforzar la relación entre inocuidad alimentaria, VIH y salud. • Apoyar procesos de sensibilización, seguimiento y fortalecimiento de prácticas saludables.

**Personal del servicio de alimentación
(Beneficiarios del Hogar de la Esperanza)**

- Aplicar progresivamente las prácticas de inocuidad alimentaria propuestas en el servicio de alimentación.
 - Participar activamente en procesos de capacitación y acompañamiento participativo interno.
 - Retroalimentar sobre la viabilidad y mejora de las prácticas cotidianas.
 - Contribuir a la adopción de prácticas seguras de manipulación y consumo de alimentos.
 - Favorecer la construcción de normas compartidas de autocuidado colectivo dentro del Hogar.
-

Nota: elaboración propia.

Estrategia gerencial

La estrategia gerencial del proyecto se fundamenta en un modelo de gestión participativa interna, con enfoque humanista y de reducción del daño, orientado a facilitar la adopción progresiva y sostenible de prácticas de inocuidad alimentaria dentro del Hogar de la Esperanza. Esta estrategia reconoce que la gestión de la inocuidad, especialmente en poblaciones que viven con VIH, requiere mecanismos de conducción que prioricen el acompañamiento, la educación y la corresponsabilidad, por encima de enfoques centrados exclusivamente en el control o la sanción.

Desde esta perspectiva, la gestión del proyecto prioriza la educación continua como eje central para orientar la toma de decisiones y la supervisión de las prácticas, entendiendo la capacitación como una herramienta permanente que permite fortalecer actitudes favorables, mejorar la percepción del riesgo y consolidar conocimientos prácticos en inocuidad alimentaria. Este enfoque resulta particularmente pertinente en un contexto institucional caracterizado por la rotación de beneficiarios y la participación de estos en el servicio de alimentación.

Asimismo, la estrategia gerencial promueve el acompañamiento institucional interno como mecanismo principal para la corrección de desviaciones y el refuerzo de prácticas seguras. Dicho acompañamiento se concibe como un proceso cercano y no punitivo, orientado a facilitar el cumplimiento de las normas, reducir barreras operativas y fortalecer el control conductual percibido, sin generar resistencia ni estigmatización dentro de la población beneficiaria.

Finalmente, la gestión del proyecto enfatiza la corresponsabilidad en la supervisión y el mantenimiento de la cultura de inocuidad alimentaria, fomentando la participación activa del personal institucional, los beneficiarios y el voluntariado en la identificación de riesgos, la retroalimentación y la mejora continua. De esta manera, la supervisión se concibe como un proceso compartido de apoyo y seguimiento, que favorece la apropiación de las prácticas y su integración en la dinámica cotidiana del Hogar.

En conjunto, esta estrategia gerencial busca asegurar la viabilidad operativa, la apropiación institucional y la sostenibilidad de la cultura de inocuidad alimentaria, alineando la gestión del proyecto con los principios de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y con un enfoque de cambio conductual normado, centrado en las personas y en su contexto institucional.

Descripción entidad ejecutora

El Hogar de la Esperanza (HLE) es una organización social sin fines de lucro ubicada en San José, Costa Rica, dedicada a brindar atención integral a personas que viven con VIH en condiciones de alta vulnerabilidad. Su labor incluye alojamiento temporal, alimentación completa, acompañamiento psicosocial y actividades orientadas a la reinserción social, bajo un modelo de gestión basado en la política de puertas abiertas y el enfoque de reducción del daño. Este modelo promueve la participación de los beneficiarios en tareas cotidianas, incluyendo la preparación de alimentos, lo que convierte la inocuidad alimentaria en un componente esencial para la protección de la salud y la calidad de vida.

El Hogar de la Esperanza será la entidad ejecutora del proyecto, contando con el apoyo del voluntario Ronald Andrey Ureña Jiménez, autor de la propuesta, quien aportará su experiencia técnica en inocuidad alimentaria y Seguridad Alimentaria y Nutricional. La organización dispone de una profesional en nutrición y personal administrativo que facilitarán la implementación de las actividades, asegurando la coordinación con los beneficiarios y la sostenibilidad de las acciones planteadas.

Aliados estratégicos en la implementación

El proyecto será desarrollado de forma interna, aprovechando las capacidades técnicas, operativas y humanas del Hogar de la Esperanza, con la participación del personal interno y de las personas usuarias del servicio de alimentación. La implementación se fundamenta en el fortalecimiento de competencias existentes, la organización del trabajo colaborativo y la apropiación institucional de las acciones propuestas, lo cual favorece la sostenibilidad del cambio conductual en el tiempo.

En esta etapa, no se contempla la incorporación de aliados estratégicos externos para la ejecución del proyecto. Sin embargo, se reconoce el valor potencial de futuras articulaciones con

instancias académicas, instituciones públicas u organizaciones especializadas, que puedan contribuir al fortalecimiento técnico, la evaluación de resultados y la continuidad de las acciones orientadas a la consolidación de la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza.

Productos y resultados esperados

Los productos y resultados esperados del presente proyecto se derivan directamente de los objetivos planteados y de la metodología adoptada, la cual se fundamenta en el enfoque de Seguridad Alimentaria y Nutricional, específicamente en la dimensión de utilización biológica de los alimentos, y en la Teoría del Comportamiento Planificado como marco para orientar el cambio conductual normado en materia de inocuidad alimentaria.

Los productos se conciben no solo como entregables técnicos, sino como herramientas educativas, participativas y sostenibles que facilitan el fortalecimiento de actitudes favorables, el refuerzo de normas subjetivas positivas y el incremento del control conductual percibido en las personas que viven con VIH y participan en el servicio de alimentación del Hogar de la Esperanza. Cada producto responde a una secuencia lógica de actividades que integran capacitación, adecuación del entorno y acompañamiento solidario (institucional), con el propósito de promover prácticas inocuas de manipulación y consumo de alimentos de manera progresiva y contextualizada. La siguiente tabla resumen los resultados esperados por objetivo específico

Tabla 10

Productos o resultados de la propuesta

Objetivo específico	Productos	Resultados esperados
1. Diseñar un programa de capacitación en inocuidad alimentaria y buenas prácticas de higiene, adaptado a las características y necesidades de la población beneficiaria, para el fortalecimiento del conocimiento y las actitudes relacionadas con la manipulación y el consumo seguro de alimentos.	Programa de capacitación diseñado: Diagnóstico de necesidades formativas en inocuidad alimentaria. Estructura curricular del programa.	Fortalecimiento del conocimiento y de las actitudes favorables hacia la inocuidad alimentaria en la población beneficiaria. Mejora en la percepción del riesgo asociado a prácticas inseguras.

Objetivo específico	Productos	Resultados esperados
	Contenidos priorizados en inocuidad y buenas prácticas de higiene. Materiales educativos adaptados a la población beneficiaria Guías metodológicas para sesiones prácticas. Cronograma de capacitación y reinducciones.	Mayor capacidad de la población para aplicar prácticas que protejan la utilización biológica de los alimentos.
2. Elaborar un sistema de señalización y material visual accesible que facilite el control conductual percibido y refuerce prácticas normadas de inocuidad alimentaria en el servicio de alimentación del Hogar de la Esperanza.	Sistema de señalización desarrollado: Identificación de puntos críticos del servicio de alimentación. Definición de conductas objetivo a reforzar. Mensajes clave de inocuidad alimentaria. Pictogramas e infografías validadas técnicamente. Plan de ubicación de señalización en áreas críticas. Material visual instalado en cocina, bodegas y áreas de consumo.	Entornos del servicio de alimentación que facilitan la adopción de prácticas inocuas. Aumento del control conductual percibido para la manipulación y consumo seguro de alimentos. Reducción de barreras operativas que afectan la utilización biológica segura de los alimentos.
3. Proponer un modelo de acompañamiento participativo interno que refuerce normas compartidas de autocuidado colectivo en la manipulación y consumo de alimentos dentro del Hogar de la Esperanza.	Modelo de acompañamiento interno definido: Identificación de prácticas críticas a reforzar colectivamente. Lineamientos para el acompañamiento participativo interno. Instrumentos de observación y retroalimentación no punitiva. Espacios periódicos de acompañamiento y diálogo interno.	Consolidación de normas compartidas de autocuidado en el servicio de alimentación. Mejora progresiva de las prácticas colectivas de manipulación y consumo de alimentos. Reducción del riesgo sanitario asociado a prácticas inseguras en una población vulnerable.

Objetivo específico	Productos	Resultados esperados
4. Establecer un sistema participativo de monitoreo y retroalimentación continua para el seguimiento de la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza.	Registros cualitativos de avances y dificultades. Sistema de monitoreo y seguimiento establecido: Definición de criterios de evaluación de la cultura de inocuidad. Indicadores cualitativos y cuantitativos simples. Instrumentos de monitoreo accesibles (listas de verificación, fichas de observación). Mecanismos de retroalimentación periódica. Propuesta de acciones de mejora continua. Lineamientos para la integración del sistema a la rutina institucional.	Seguimiento sistemático de la cultura de inocuidad alimentaria. Fortalecimiento de la sostenibilidad de las prácticas inocuas en el tiempo. Contribución a la estabilidad nutricional y a la protección de la utilización biológica de los alimentos en la población beneficiaria.

Nota: elaboración propia.

Indicadores de logro, monitoreo y evaluación

El presente sistema de monitoreo, indicadores y evaluación tiene como finalidad dar seguimiento sistemático al avance, la ejecución y los resultados del proyecto, así como valorar los cambios generados en las prácticas y la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar de la Esperanza. Este sistema se concibe como un proceso interno, participativo y continuo, orientado no solo a medir el cumplimiento de actividades, sino también a evaluar la efectividad de las acciones formativas, ambientales y organizativas implementadas.

Los indicadores definidos permiten analizar, de manera cuantitativa y cualitativa, aspectos clave como la ejecución del proyecto, la participación del personal y beneficiarios, el fortalecimiento de conocimientos, la facilitación del control conductual percibido, y la consolidación de prácticas y normas de inocuidad alimentaria, en coherencia con el enfoque de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la Teoría del Comportamiento Planificado. La información generada servirá como insumo para la retroalimentación interna, la mejora continua y la sostenibilidad de la intervención, así como para la toma de decisiones informadas durante y al cierre del proyecto.

Tabla 11

Indicadores de logro, monitoreo y evaluación

Variable	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medida de verificación
Ejecución del proyecto	Porcentaje de actividades ejecutadas según planificación	$(\text{Actividades ejecutadas} / \text{Actividades planificadas}) \times 100$	$\geq 95\%$ al cierre del proyecto	Plan de trabajo, informes de actividades, bitácoras
Participación interna	Porcentaje de participación de beneficiarios en actividades del proyecto	$(\text{Participantes} / \text{Personas convocadas}) \times 100$	$\geq 70\%$ de participación promedio	Listas de asistencia, minutas

Variable	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medida de verificación
Cumplimiento del cronograma	Porcentaje de actividades ejecutadas en el tiempo establecido	$(\text{Actividades en plazo} / \text{Actividades programadas}) \times 100$	$\geq 75\%$ de cumplimiento	Cronograma, informes de avance
Programa de capacitación	Programa de capacitación en inocuidad alimentaria diseñado y documentado	Existencia del programa (Sí/No)	Programa diseñado y documentado	Documento del programa, materiales educativos
Implementación de la capacitación	Porcentaje de sesiones de capacitación desarrolladas	$(\text{Sesiones ejecutadas} / \text{Sesiones planificadas}) \times 100$	100% de sesiones ejecutadas	Informes de capacitación, cronograma
Conocimiento en inocuidad	Porcentaje de beneficiarios que mejoran su nivel de conocimiento en inocuidad alimentaria	$(\text{Beneficiarios con mejora} / \text{Beneficiarios evaluados}) \times 100$	$\geq 70\%$ con mejora	Instrumentos pre y post capacitación
Señalización del servicio	Porcentaje de puntos críticos del servicio con señalización instalada	$(\text{Puntos señalizados} / \text{Total de puntos críticos}) \times 100$	100% de puntos críticos	Registro fotográfico, listas de verificación
Control conductual percibido	Disponibilidad de apoyos visuales en áreas críticas del servicio de alimentación	$(\text{Áreas con apoyos} / \text{Áreas críticas}) \times 100$	100% de áreas críticas	Registro fotográfico, observación directa
Acompañamiento interno	Porcentaje de espacios de acompañamiento participativo interno realizados	$(\text{Espacios realizados} / \text{Espacios planificados}) \times 100$	$\geq 80\%$ de espacios realizados	Actas de seguimiento, agendas
Prácticas de inocuidad	Porcentaje de prácticas críticas observadas que cumplen criterios de inocuidad	$(\text{Prácticas adecuadas} / \text{Prácticas observadas}) \times 100$	$\geq 75\%$ de cumplimiento	Listas de verificación, guías de observación
Cultura de inocuidad	Implementación del sistema de monitoreo y retroalimentación interna	Existencia del sistema (Sí/No)	Sistema implementado	Protocolos, instrumentos de monitoreo

Variable	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medida de verificación
Riesgo sanitario	Reducción documentada de prácticas de riesgo asociadas a la manipulación y consumo de alimentos	Comparación cualitativa pre y post intervención	Reducción cualitativa evidenciada	Informes de seguimiento
Enfoque SAN	Mejora documentada de condiciones que protegen la utilización biológica de los alimentos	Evaluación cualitativa del entorno y prácticas	Mejora documentada	Informe de evaluación final

Nota: elaboración propia.

Riesgos asociados y como se van a prevenir

La implementación del proyecto se desarrolla en un contexto de alta vulnerabilidad social y dinámica institucional cambiante, lo cual implica la presencia de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos planteados. Identificar de manera anticipada estos riesgos permite establecer estrategias de prevención y mitigación acordes con el enfoque participativo, no punitivo y centrado en las personas que orienta la propuesta.

El análisis de riesgos considera factores organizacionales, institucionales y operativos que podrían incidir en la sostenibilidad de las acciones, así como las estrategias previstas para su abordaje.

Tabla 12

Análisis de riesgo del proyecto

Riesgo identificado	Descripción del riesgo	Impacto potencial en el proyecto	Estrategia de mitigación / prevención
Poco apoyo de la organización	Limitado respaldo institucional para priorizar el proyecto dentro de la dinámica operativa del Hogar de la Esperanza	Retrasos en la ejecución de actividades, baja sostenibilidad de los productos generados	Socialización temprana del proyecto con la Junta Directiva y el personal clave; alineación del proyecto con la misión institucional y beneficios en salud; involucramiento de actores institucionales en la toma de decisiones

Ausencia de participación de los residentes	Bajo involucramiento de las personas que viven con VIH en las actividades de capacitación y acompañamiento	Débil apropiación del proceso y bajo impacto en el cambio conductual esperado	Enfoque participativo desde el diseño; uso de metodologías prácticas, accesibles y contextualizadas; incorporación de referentes institucionales y espacios de retroalimentación constante
Resistencia al cambio	Actitudes negativas o desconfianza hacia nuevas prácticas de inocuidad alimentaria	Dificultad para modificar prácticas arraigadas y adopción limitada de normas de inocuidad	Estrategia educativa no punitiva; énfasis en beneficios para la salud; acompañamiento solidario (institucional) continuo; refuerzo positivo de prácticas adecuadas
Poca supervisión	Limitada disponibilidad de personal para dar seguimiento permanente a las prácticas de inocuidad	Debilitamiento del control conductual percibido y retrocesos en las prácticas adoptadas	Implementación de un sistema participativo de monitoreo; uso de listas de verificación visuales; corresponsabilidad comunitaria en la supervisión cotidiana
Rotación de residentes	Ingreso y salida frecuente de personas beneficiarias del Hogar	Pérdida de continuidad en los procesos formativos y en la cultura de inocuidad	Reinducciones periódicas; señalización permanente; materiales visuales accesibles; incorporación del programa de capacitación a la rutina institucional

Nota: Elaboración propia.

El abordaje de los riesgos identificados se fundamenta en una lógica preventiva y adaptativa, coherente con el enfoque de reducción del daño y con la Teoría del Comportamiento Planificado, priorizando la educación, el acompañamiento y la corresponsabilidad colectiva por encima de mecanismos sancionatorios. De esta manera, el proyecto busca asegurar su viabilidad operativa, sostenibilidad en el tiempo y apropiación por parte de la comunidad beneficiaria

Cronograma de actividades

El siguiente cronograma detalla la planificación operativa del proyecto, estructurado para un periodo de 18 meses. Este plan organiza las actividades derivadas de los objetivos específicos en una secuencia lógica que integra capacitación, adecuación del entorno, acompañamiento solidario (institucional) y monitoreo participativo, conforme a la metodología basada en la Teoría

Presupuesto

Recursos Humanos

Para efectos de la estimación del esfuerzo técnico asociado a la ejecución del proyecto, no se plantea la contratación de personal adicional, sino la consideración de las horas que el personal del Hogar de la Esperanza deberá destinar a la realización de las actividades del proyecto como parte de sus funciones laborales habituales. En este sentido, la ejecución del proyecto se apoya en la estructura organizativa existente y en la redistribución del tiempo de trabajo del personal actual.

Con fines metodológicos, se utiliza como salario de referencia el salario mínimo legal mensual para profesionales con título universitario en Costa Rica (₡784.139,53 colones) (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2024), aplicado de manera uniforme para los perfiles de administración, enfermería y nutrición. No obstante, se desconoce la realidad salarial específica del Hogar de la Esperanza, la cual constituye información de carácter confidencial. Por esta razón, los valores presentados tienen un carácter exclusivamente referencial, y se emplean únicamente para dimensionar el esfuerzo técnico y el aporte en horas del personal interno, sin que ello represente un costo económico adicional ni una erogación financiera para la organización.

En el caso de Andrey Ureña, las funciones asumidas dentro del proyecto se desarrollaron principalmente durante la fase de planteamiento, concentrándose en el diseño del proyecto, la formulación metodológica y la definición de las estrategias orientadas al fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria. Durante la fase de ejecución, su participación se limita principalmente a un rol de seguimiento y asesoría externa, brindando apoyo técnico puntual y acompañamiento metodológico cuando es requerido, sin intervenir de manera directa en la gestión operativa cotidiana del Hogar de la Esperanza.

Asimismo, en el caso de Andrey Ureña, quien participa en el proyecto en condición de voluntario, se utiliza como referencia un salario mensual de ₡784.139,53 colones únicamente para efectos de homogeneidad metodológica y valoración técnica del aporte en horas dentro del análisis del proyecto. No obstante, el costo económico asociado a su participación es de ₡0, dado que su colaboración no implica remuneración ni genera erogación financiera para la organización.

Tabla 14

Presupuesto recurso humano

Recurso	Actividad asociada	Cantidad estimada por mes	Costo
Horas de apoyo técnico (nutricionista)	Validación de contenidos, acompañamiento técnico	24 horas	₡98 017,44
Horas de apoyo técnico (enfermero)	Apoyo en actividades de capacitación, retroalimentación	24 horas	₡98 017,44
Horas de apoyo administrativo	Coordinación logística, agenda, apoyo institucional	24 horas	₡98 017,44
Horas de asesoría seguimiento voluntario Andrey Ureña	Seguimiento del proyecto Apoyo metodológico	 5 horas	 0
Total			₡294 052,32

Nota: elaboración propia a partir de (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2024). Este valor tiene un carácter exclusivamente referencial y no implica el pago de dicho monto, dado que las horas de trabajo consideradas se encuentran incorporadas dentro de la jornada laboral regular del personal del Hogar de la Esperanza.

Materiales

El presente presupuesto contempla exclusivamente la estimación de los recursos materiales necesarios para la ejecución del proyecto de fortalecimiento de la cultura de inocuidad alimentaria. Dado que los costos asociados al personal ya se encuentran incorporados dentro del presupuesto operativo regular del Hogar de la Esperanza, el principal componente presupuestario del proyecto corresponde a los materiales requeridos para su implementación.

Estos recursos incluyen materiales educativos, elementos de señalización, apoyos visuales y suministros básicos de apoyo, indispensables para facilitar los procesos de capacitación, la comunicación visual y el refuerzo de conductas seguras en el servicio de alimentación. Los costos asociados se presentan de manera referencial, tomando como base precios de mercado, con el único propósito de dimensionar los requerimientos materiales del proyecto.

Esta estimación no contempla inversión en infraestructura ni la adquisición de equipo audiovisual, dado que estos recursos ya se encuentran disponibles a nivel institucional. En consecuencia, el presupuesto se orienta a cubrir exclusivamente aquellos insumos materiales que facilitan la ejecución de las acciones propuestas, sin generar cargas financieras adicionales relacionadas con recursos humanos o activos institucionales.

Tabla 15

Presupuesto de materiales

Recurso	Descripción	Cantidad	Especificación	Costo unitario estimado (C\$)	Costo total estimado (C\$)	Referencia
Manual visual de buenas prácticas	Documento impreso a color	20	20 páginas, color, encuadernado sencillo	C\$3 500,00	C\$70 000,00	https://imprimecomercial.com/
Guías educativas impresas	Material de apoyo para capacitación	20	10 páginas, color	C\$1 800,00	C\$36 000,00	https://printingcr.com/

Recurso	Descripción	Cantidad	Especificación	Costo unitario estimado (COP)	Costo total estimado (COP)	Referencia
Rótulos de señalización	PVC o PP lavable	20	30 x 60 cm	8 500,00	170 000,00	https://impresionacr.com/producto/pvc/
Pictogramas e infografías	Material plastificado	20	Formato A3	2 500,00	50 000,00	https://fastprint.cr/
Material de papelería	Hojas, marcadores, carpetas	1	1 resma + suministros básicos	7 500,00	7 500,00	https://tecnoprintcr.com/
Impresiones a color adicionales	Material educativo complementario	20	Página suelta color	500,00	10 000,00	https://ticiprint.com/
Total					343 500,00	

Nota: elaboración propia, a partir de las referencias de mercado

El presupuesto total estimado asciende a \$343.500, proyectado para un período de ejecución de 18 meses, lo que equivale a un costo aproximado de \$19.083,33 mensuales, monto que resulta accesible para la organización al analizarse de forma distribuida en el tiempo. Estos recursos se destinan a la adquisición de materiales educativos, elementos de señalización, apoyos visuales y suministros básicos de apoyo, indispensables para facilitar los procesos de capacitación, la comunicación visual y el refuerzo de conductas seguras en el servicio de alimentación.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Anema, A., Fielden, S. , Shurgold, S., Ding, E., Messina, J., Jones, J. E., Chittock, B., Monteith, K., Globerman, J., Rourke, S., Hogg, R., & Canada Food Security Study Team. (2016). Association between Food Insecurity and Procurement Methods among People Living with HIV in a High Resource Setting. PLoS One, 11(8), e0157630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157630>.
- Arum, C., Fraser, H., Artenie, A., Bivegete, S., Trickey, A., Alary, M., Ward, Z., Stone, J., Larney, S., & Degenhardt, L. (2021). Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 6(5), e309–e323. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00013-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00013-0)
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1973). *Ley General de Salud No. 5395*. <https://www.pgrweb.go.cr>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998/2019). *Ley No. 7771: Ley General sobre el VIH-SIDA y sus reformas*. <https://www.pgrweb.go.cr>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2009). Ley N° 8718: Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y establecimiento de la distribución de sus utilidades . San José, Costa Rica.
- Balhan, L., Aubert, M., Lacoux, C., Grau, N., Levy, J., Stefanowski, M. L., Perreaut, L., Sagaon-Teyssier, L., Deuffic-Burban, S., Cousien, A., Michels, D., Costa, M., & Roux, P. (2024). A hand-washing community-based educational intervention to reduce abscess incidence among people who inject drugs: A cluster randomised controlled clinical trial protocol (the HAWA study protocol). BMC Public Health, 24(2858). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20299-x>

- Banco Mundial. (2018). El imperativo de la inocuidad alimentaria: Fortalecimiento de los sistemas de inocuidad alimentaria en los países en desarrollo . Washington, D.C.: Grupo del Banco Mundial.
- Brenchley, JM y Douek, DC (2008). Infección por VIH y sistema inmunitario gastrointestinal. *Mucosal Immunology* , 1(1), 23-30.
- Bukusuba, J., Kikafunda, J., & Whitehead, R.(2007). Food security status in households of people living with HIV/AIDS (PLWHA) in a Ugandan urban setting. *British Journal of Nutrition*, 98(1), 211–217. <https://doi.org/10.1017/S0007114507691806>.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (2022). *Seguridad alimentaria para manipuladores de alimentos: Prevención del norovirus y el estafilococo áureo* . Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- CEPAL (2011). Metodología de marco lógico para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos sociales. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones>
- Clayton, DA y Griffith, CJ (2008). Detección de creencias relevantes sobre el lavado de manos: Un estudio cualitativo con manipuladores de alimentos. *British Food Journal* , 110(3), 280-300.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1999). Observación general No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (artículo 11) . Ginebra: Naciones Unidas.
- Corchado, A. (2023). Desarrollo comunitario y educación social como motores de inclusión para personas sin hogar y con drogodependencia [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio UVA. <https://uvadoc.uva.es/>
- de Waal, R., Wools-Kaloustian, K., Brazier, E., Althoff, K. N., Jaquet, A., Duda, S. N., Kumarasamy, N., Savory, T., Byakwaga, H., Murenzi, G., Justice, A., Ekouevi, D. K., Cesar, C., Pasayan, M. K. U., Thawani, A., Kasozi, C., Babakazo, P., Karris, M., Messou, E., ... Kassanjee, R. (2024). *Global*

trends in CD4 count measurement and distribution at first antiretroviral treatment initiation.

Clinical Infectious Diseases, 80(6), 1332–1336. <https://doi.org/10.1093/cid/ciae548>

Deeks, SG, Lewin, SR y Havlir, DV (2013). El fin del SIDA: La infección por VIH como una enfermedad crónica. *The Lancet* , 382(9903), 1525-1533. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7)

Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Administración de Drogas y Alimentos. (2011). La Inocuidad Alimentaria Para los Personas con VIH/SIDA.

<https://www.fda.gov/files/food/published/La-Inocuidad-Alimentaria-VIH-SIDA-%28PDF%29.pdf>

Duda, P., Knysz, B., Gąsiorowski, J., Szetela, B., Piotrowska, E., & Bronkowska, M. (2020). Assessment of dietary habits and lifestyle among people with HIV. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 29(12), 1459–1467. <https://doi.org/10.17219/acem/128234>. [PubMed](#)

Dworkin, M., Peterson, C., Gao, W., Mayor, A., Hunter, R., Negron, E., Fleury, A., and Besch, L. (2013). Food Safety Knowledge, Beliefs and Behavior of Persons with AIDS: A Multicenter Study Food Prot Trends; 33(1): 32–41

Fernando, S., McNeil, R., Closson, K., Samji, H., Kirkland, S., Strike, C., Baltzer Turje, R., Zhang, W., Hogg, R. S., & Parashar, S. (2016). An integrated approach to care attracts people living with HIV who use illicit drugs in an urban centre with a concentrated HIV epidemic. *Harm Reduction Journal*, 13(31). <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0121-2>

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2014). Marco conceptual de seguridad alimentaria. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. <https://www.fao.org>

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2011). La seguridad alimentaria: información para la toma de decisiones. Guía práctica.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2019a). The future of food safety in a transforming world. FAO.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2019b). La inocuidad de los alimentos es un asunto de todos. Documento de trabajo para el Día Mundial de la Inocuidad de los Alimentos.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2020). *Manual de capacitación sobre higiene de los alimentos y el sistema de Análisis de Peligros y de Puntos Críticos de Control (HACCP)*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2023). The State of Food Security and Nutrition in the World 2023: Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. FAO. <https://openknowledge.fao.org/items/445c9d27-b396-4126-96c9-50b335364d01>

Gerba, CP, Rose, JB y Haas, CN (1996). Poblaciones sensibles: ¿quiénes corren mayor riesgo?. Revista Internacional de Microbiología de Alimentos , 30(1-2), 113-123.

Global Food Safety Initiative (2018). Una cultura de inocuidad alimentaria documento expositivo de la iniciativa global de inocuidad alimentaria (GFSI) <https://mygfsi.com/wp-content/uploads/2019/09/GFSI-Food-Safety-Culture-Summary-SP.pdf>

Griffith, C, Livesey, K y Clayton, D. (2010). La evaluación de la cultura de seguridad alimentaria. British Food Journal , 112(4), 439-456.

Havelaar, A. H., Kirk, M. D., Torgerson, P. R., Gibb, H. J., Hald, T., Lake, R. J., Praet, N., Bellinger, D. C., de Silva, N. R., Gargouri, N., Speybroeck, N., Cawthorne, A., Mathers, C., Stein, C., Angulo, F. J., & Devleesschauwer, B. (2015). World Health Organization global estimates and regional comparisons of the burden of foodborne disease in 2010. PLOS Medicine, 12(12), e1001923.

- Heathcock , J. Mclauchlin , L. Newton , N. Soltanpoor , R. Coker , G. Bignardi & M. Mcevoy. (2010). Survey of food safety awareness among HIV-positive individuals. , AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV, 10:2, 237-241, DOI: 10.1080/09540129850124497
- Heathcock, R., McCarthy, M., & Ford, G. (1998). Food safety awareness among people living with HIV in the UK. Health Education Research, 13(2), 225–233.
- Heathcock, R., McCarthy, O., & Bellis, M. (1998). Food safety awareness among people living with HIV infection. Communicable Disease and Public Health, 1(3), 202–206.
- Hoffman, E., Bergmann,V., Armstrong, J., Kendall, P., Medeiros, L., Hillers, V., (2005). Application of a Five-Step Message Development Model for Food Safety Education Materials Targeting People with HIV/AIDS. Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION.pp1597-1604 105(10)
- Holanda, R. , Oliveira, M., & Costa, M. (2014). Hygiene practices for patients with HIV/AIDS: An integrative literature review. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(5), 887–895.
- Hunt, P. W., Sinclair, E., Rodriguez, B., Shive, C., Clagett, B., Funderburg, N., Robinson, J., Huang, Y., Epling, L., Martin, J. N., Deeks, S. G., & Lederman, M. M. (2014). Gut epithelial barrier dysfunction, innate immune activation, and risk of death in treated HIV infection. Journal of Infectious Diseases, 210(8), 1228–1238. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiu238>
- Jespersen, L., & Wallace, C. A. (2017). Triangulation and validation of food safety culture research. Food Control, 73, 127–146. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2016.08.009>
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2024). *Decreto Ejecutivo N.º 44756-MTSS, fijación de salarios mínimos para el sector privado que regirán a partir del 1.º de enero de 2025*. Gobierno de Costa Rica. Recuperado de <https://vlex.co.cr/vid/fijacion-salarios-minimos-sector-1072155188>
- Naciones Unidas. (1966, 16 de diciembre). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Nerad, J., Romeyn, M., Silverman, E., Allen-Reid, J., Dieterich, D., Merchant, J., Pelletier, V. A., Tinnerello, D., & Fenton, M. (2003). *General nutrition management in patients infected with human immunodeficiency virus* (Suppl. 2). *Clinical Infectious Diseases*, 36(Suppl. 2), S52–S62.

https://aidsetc.org/sites/default/files/resources_files/cid-nutrition-2.pdf Aidsetc

Krumholz, H, Beltrán, M. y Boozary, A (2011). Infecciones por Salmonella en pacientes infectados por VIH. Informes actuales de enfermedades infecciosas , 13 (1), 52-59.
<https://doi.org/10.1007/s11908-010-0150-5>

Kuria, E. (2010). Food consumption and nutritional status of people living with HIV/AIDS (PLWHA): a case of Thika and Bungoma Districts, Kenya. *Public Health Nutrition*, 13(4), 475–479.
<https://doi.org/10.1017/S1368980009990826>.

Langton, J., Brown, G., Power, J., & Ellard, J. (2022). Food insecurity, quality of life and health outcomes among people living with HIV in Australia: Results from the HIV Futures 9 Survey. *AIDS Care*, 34(11), 1342–1350. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2066980>

Lima, A., Villalta, I., & Burgos, J. (2024). Evaluación de la cultura de la inocuidad alimentaria en la manufacturación y maquila de alimentos listos para el consumo, tomando como caso ejemplo una empresa salvadoreña. *Revista Minerva*, 7(3).
<https://doi.org/10.5377/revminerva.v7i3.18904>

Lues, JF y Van Tonder, I. (2007). El rol del manipulador de alimentos en la higiene y la seguridad alimentaria en un restaurante informal de Sudáfrica. *Control de Alimentos*, 18(10), 1277-1283.

Lund, B. (2015). Enfermedades transmitidas por alimentos: una amenaza particular para las personas mayores. *Maturitas*, 82(1), 5-8.

- Lund, B., & O'Brien, S. (2011). Occurrence and prevention of foodborne disease in vulnerable people. *Foodborne Pathogens and Disease*, 8(9), 961–973. <https://doi.org/10.1089/fpd.2011.0860>
- Martín, D., López, C., & Portillo, J. (2018). Patrones alimentarios y estado nutricional de niños y adolescentes con VIH en El Salvador: Un estudio transversal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.16>
- Martínez, A., Derose, K., & Brenes, G. (2016). Food assistance and nutrition education intervention for people living with HIV in Honduras: Effects on food security and adherence to antiretroviral therapy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40(3), 176–184.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). Reglamento de los Servicios de Alimentación al Público N° 37308-S . San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021). Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2021-2030. San José, Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr>
- Mørretrø, T. y Langsrud, S. (2017). Bacterias residentes en superficies de la industria alimentaria y sus implicaciones para la seguridad y calidad alimentaria. *Revisiones exhaustivas en ciencia y seguridad alimentaria* , 16(5), 1022-1041.
- Mullan, B. y Wong, C. (2009). Comportamientos higiénicos en la manipulación de alimentos: Una aplicación de la teoría del comportamiento planificado. *Appetite* , 52(3), 757-761.
- Mullan, B. y Wong, C. (2010). Using the Theory of Planned Behaviour to design a food hygiene intervention. *Food Control*, Volume 21, Issue 11, Pages 1524-1529,ISSN 0956-7135, <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2010.04.026>.
- Naciones Unidas. (1966, 16 de diciembre). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales . Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Asamblea General.<https://sdgs.un.org/es/goals>

Notario, C., Gómez, M. T., Marcos, A., & Proy, B. (2022). *Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. Revista Multidisciplinar del Sida*, 10(26), 7–13.

<https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD86424.pdf>

Organização Capixaba de Inclusão Digital (OCID). (2024, 31 de março). Dia Internacional da Redução de Danos: estratégia de educação e saúde integral. Governo do Estado do Espírito Santo.

<https://ocid.es.gov.br/Not%C3%ADcia/dia-internacional-da-reducao-de-danos-estrategia-de-educacao-e-saude-integral>

Pan American Health Organization. (2021). HIV/AIDS. <https://www.paho.org/en/topics/hiv aids>

Peletz, R., Simuyandi, M., Sinha, A., Boehm, A., & Clasen, T. (2013). Water, sanitation, and hygiene interventions to improve health among people living with HIV: A systematic review. *AIDS*, 27(14), 2593–2601. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32836364cf>

Pilling, V. K., Brannon, L. A., Shanklin, C. W., Howells, A. D., & Roberts, K. R. (2008). Identifying specific beliefs to target to improve restaurant employees' intentions for performing three important food safety behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(6), 991–997.

<https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.03.014>

Powell, D, Jacob, C y Chapman, B (2011). Enhancing food safety culture to reduce rates of foodborne illness. **Food Control*. 22(6), 817-822. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2010.12.009>

Semali, I., Edwin, T., & Mboera, L. (2011). Food insecurity and coping strategies among people living with HIV in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzan Journal of Health Research*, 13(4), 86–94.

<https://doi.org/10.4314/thrb.v13i4.69160>.

- Shapiro, M. A., Porticella, N., Jiang, L. C., & Gravani, R. B. (2011). Using the theory of planned behavior to predict food safety behavioral intentions among college students. *Food Control*, 22(12), 1913–1919. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2011.05.013>
- Silk, BJ, Date, KA y Gould, LH (2012). Estrategias para la prevención de la listeriosis en mujeres embarazadas y otras personas de alto riesgo. *JAMA* , 307(18), 1913-1914.
- Smith, JL (1998). Enfermedades transmitidas por alimentos en ancianos. *Journal of Food Protection* , 61(9), 1229-1239.
- Soares, C, & Jacobi, P.(2018). Redução de danos: uma política de saúde e de cidadania. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 221–230. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.25952017>
- Taylor, J, Fahey, J., Detels, R. y Giorgi, J. (1989). CD4 Percentage, CD4 Number, and CD4: CD8 Ratio in HIV Infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2(2):p 114-124.
- Thompson, M, Horberg, M, Agwu, A, Colasanti, J, Jain, M, Short, W, ... y Smith, K (2020). Tratamiento antirretroviral y prevención de la infección por VIH en adultos: recomendaciones de 2020 del Panel de la Sociedad Internacional de Antivirales de EE. UU. *JAMA* , 324(16), 1651-1669. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17025>
- Urquidez, L., Hernández, M., & Reyes, R. (2015). Impacto de una capacitación en inocuidad alimentaria sobre la frecuencia de riesgos de contaminación en un centro caritativo para atención de enfermos de SIDA en Ciudad Juárez, Chihuahua. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 57(3), 213–219.
- World Food Programme (2020). Conceptual Framework for Food and Nutrition Security. Roma: WFP. <https://www.wfp.org>

World Health Organization. (2015). *WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne diseases burden epidemiology reference group 2007-2015*

[.https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565165](https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565165)

World Health Organization. (2022). HIV/AIDS – Key facts. [https://www.who.int/news-](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hiv-aids)

[room/factsheets/detail/hiv-aids](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hiv-aids)

World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2021). Nutrition and care for people living with HIV/AIDS. <https://www.fao.org/3/y4249s/y4249s.pdf>

Yiannas,F.(2009). Cultura de seguridad alimentaria: creación de un sistema de gestión de la seguridad alimentaria basado en el comportamiento[Cultura de inocuidad alimentaria:Creando un sistema de gestión basado en el comportamiento].Springer Science & Business Media.

Young, I., Angel, JB, Thompson, G., Papp, K. y Majowicz, SE (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la inocuidad alimentaria y enfermedades gastrointestinales entre personas que viven con VIH. *Control de Alimentos* , 38, 131-

140.<https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2013.10.012>

Young, I., Waddell, L., Harding, S., Greig, J., & Mascarenhas, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of food safety education interventions for consumers in developed countries. *BMC Public Health*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4509-2>

ANEXOS

Anexo 1. Guía de evaluación sanitaria de servicios de alimentación – Ministerio de salud

 MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN DE AREA RECTORA DE SALUD Guía de evaluación sanitaria de servicios de alimentación al público	
FECHA	N° Consecutivo
Nombre del establecimiento	
Motivo de la inspección	
Verificación ☐	Seguimiento ☐ Denuncia ☐ Otro ☐
N° de PSF	Vigencia
Razón Social	Código CIU
Representante legal	Cédula jurídica
Lugar de Notificaciones	Cedula
N° de empleados:	Fax:
Tipo de establecimiento:	Correo:
	Soda ☐ Restaurante ☐ Bar ☐ Catering ☐ Servicio Express ☐ Ventana ☐Otros ☐
Nombre de la Autoridad Sanitaria	
DARS	DRRS
Representante de la empresa que atiende la visita	
Observaciones	

 Firma de la Autoridad Sanitaria

 Firma del representante de la empresa

INSTRUCCIONES

1 Llene cada una de las tablas de acuerdo a las áreas que le aplique según el tipo de establecimiento, conforme se establece en el siguiente cuadro.

Tipo de Establecimiento			Secciones	Puntaje total
Soda, Restaurante o Bar con servicio Express			A-B-C-D-E-F-G	210
Soda, Restaurante o Bar sin servicio Express			A-B-C-D-E-F	199
Servicios de Catering			A-B-C-D-E-H	171
Servicio Express			A-B-C-D-E-G	180
Ventana			A-B-C-D-E	177

2. Aplicar la Guía al establecimiento.

3 Evaluar punto por punto cada ítem de las tablas correspondientes. Si existe conformidad asignar el valor indicado de cada ítem. De no haber conformidad asignar un valor de 0.

4. Si se diera la condición de que uno o varios de los ítems de una determinada tabla no aplican, estos no deben ser considerados para el cálculo de la calificación por tabla.

5. Sumar los puntos de cada tabla para obtener una calificación total.

6 La calificación total del establecimiento se asigna según los siguientes rangos:

Hasta 69 %: Condiciones inaceptables. Por el riesgo eminente a la salud deberá notificarse mediante orden sanitaria la suspensión de la actividad. Dicha suspensión podrá efectuarse hasta que cumpla con lo ordenado.

70% – 80 %: Condiciones deficientes. Medidas sanitarias a tomar, se gira orden sanitaria.

81% – 100 %: Buenas condiciones. Sin embargo se debe notificar mediante orden sanitaria al administrado los incumplimientos, cuando existan, para que aplique las medidas correctivas.

En cualquier caso, el incumplimiento de algún punto crítico (resaltado en negrita y fondo amarillo) se debe notificar mediante orden sanitaria.

En caso de incumplimiento de lo establecido en el artículo 10 que dice "Ningún establecimiento de los aquí regulados puede operar sin suministro de agua potable", se debe girar orden sanitaria para suspender el permiso sanitario de funcionamiento de forma inmediata hasta que se corrija la no conformidad.

No obstante lo anterior, cuando en un establecimiento se encuentre una situación que atente contra la salud pública, se debe aplicar lo establecido en el artículo 65 del presente reglamento, aunque la calificación obtenida supere el 70%.

A	CONDICIONES FÍSICAS Y SANITARIAS GENERALES DE LAS INSTALACIONES		
ART	ITEM	CAL	
Ubicación Art. 5	Distancia mayor o igual a 3m de expendios y bodegas de agroquímicos que no realizan mezclas y mayor o igual a 10m. de aquellas que realizan mezclas.	1	
	Limpios, libres de basura o equipo en desuso	1	
Alrededores Art. 6	Libres de aguas estancadas	1	
	Zonas verdes y ornamentales recortadas y libres de maleza	1	
	Se observan equipos o materiales en desuso que puedan constituirse en atracción y refugio para insectos y roedores	1	
Edificaciones Art. 7	Mantenimiento adecuado de los conductos o canales exteriores que drenan las aguas, para evitar su estancamiento.	1	
	La edificación se encuentra en buenas condiciones físicas e higiénicas.	1	
	Cumple con las condiciones de acceso reguladas por la Ley 7600	1	
Distribución de las Áreas Art. 8 y 9	Está independiente de viviendas u otras actividades de naturaleza distinta	1	
	Según corresponda, cuenta con las áreas claramente definidas de: almacenamiento y conservación, Preparación, Consumo, Servicios sanitarios	1	
	Las dimensiones permiten el desarrollo adecuado de cada actividad	1	
Instalaciones de gas Art. 11	Las tuberías o mangueras de gas se encuentran en buenas condiciones de funcionamiento (sin fugas)	2	
	Los cilindros se encuentran en buenas condiciones físicas y sus llaves de salida operan correctamente	2	
	Los cilindros se encuentran en un área ventilada, segura y debidamente protegida, fuera del área preparación de alimentos.	2	
	Cuentan con una bitácora donde se anota el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones de gas.	2	
Abastecimiento de Agua Potable Art. 10	Disposición de agua potable siempre	3	
	Agua suficiente para ejecutar todas las operaciones en el establecimiento	3	
	Existe un procedimiento escrito para la higienización de tanques de almacenamiento cuando cuenten con éstos.	2	
instalaciones eléctricas Art. 12	El cableado eléctrico, tomacorrientes, interruptores y enchufes se mantiene en buenas condiciones de funcionamiento.	2	
	Cuenta con caja de Breaker en buen estado de funcionamiento	1	
	El cableado eléctrico se encuentra entubado	1	
	Tomacorrientes e interruptores se encuentran andados.	1	
RESULTADO		Puntos obtenidos	
B	ÁREA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (COCINA)		

ART	ITEM	CAL
B1	CONDICIONES FÍSICAS Y SANITARIAS	
Flujo Art. 18	El proceso de preparación de alimentos permite realizarlo de forma secuencial para evitar la contaminación cruzada. El área de cocina cuenta con zona de preparación previa, zona de preparación intermedia y zona de preparación final o se divide el trabajo en etapas.	2 1
Piso Art. 16	Sin fracturas, fisuras o irregularidades en su superficie o uniones. Deben estar contruidos de materiales que faciliten su limpieza y desinfección, impermeables, antideslizantes, resistentes y fáciles de limpiar. Deben mantenerse limpios y desinfectados, libres de grasa y sin acumulaciones de agua. Los desagües funcionan eficientemente para evacuar los fluidos.	1 1 1 1
Paredes Art. 13	Deben ser de material impermeable, lisas, fáciles de lavar y desinfectar, de color claro y sin grietas. Deben estar en buen estado de conservación e higiene. Los ángulos entre las paredes y pisos son cóncavos y de fácil limpieza y desinfección.	1 1 1
Cielo Raso Art. 14	Debe ser de construcción sólida, tener un diseño que impida la acumulación de suciedad. Estar contruidos de materiales lisos y resistentes a las operaciones de limpieza. La altura mínima ente el cielo raso y piso es de 2.50m.	1 1 1
Ventanas Art. 19	Están provistas de protección contra insectos u otros animales. El sistema de protección se desmonta con facilidad para su limpieza y mantenimiento. Se mantienen limpias	1 1 1
Puertas Art. 20	Son de material liso e impermeable y ajustadas a sus marcos. Cuentan con cierre automático o el sistema de vaivén (cuando aplique)	1 1
Iluminación Art. 21	La intensidad de la iluminación alcanza los 220 lux. Altera los colores de los alimentos. Las fuentes luminicas se encuentran con protectores.	1 1 1
Ventilación Art. 22	Cuenta con sistema de ventilación natural o artificial funcionando adecuadamente. Hay calor excesivo y condensación de vapores en la cocina	1 1
Equipos cocción Art. 17	Deben contar con campana extractora con capacidad suficiente para eliminar eficazmente vapores generados	1
B2	EQUIPO Y UTENSILIOS	
Características del Equipo Art. 23	Los equipos y utensilios que están en contacto directo con los alimentos, son de fácil limpieza y desinfección. Son resistentes a la corrosión y no transmiten sustancias tóxicas, olores ni sabores a los alimentos. Se utilizan utensilios de madera o con mangos de madera	1 1 1
Tablas de picar Art. 24	Las tablas de picar son de material impermeable, superficie lisa y se mantienen en buen estado de conservación e higiene. Las tablas deben estar identificados según su uso, considerando la naturaleza del producto: para carnes crudas, (pollo, bovino y pescado), vegetales y frutas crudas y para alimentos cocidos.	1 2
Campanas extractoras Art. 25	La campana y ductos de extracción deben estar ubicados de manera que permitan una adecuada extracción. El Sistema de extracción cubre la zona destinada a cocción o fritura. Se mantienen limpias y en buen estado de mantenimiento.	2 2 1
Fregaderos o pilas Art. 26	El fregadero se encuentran en buen estado de conservación, limpieza e higiene. Son de acero inoxidable u otro material resistente y liso. Su capacidad es acorde con el volumen del servicio.	1 1 1
Almacenamiento de equipo y utensilios Art. 27	La vajilla, copas y vasos se guardan boca abajo sobre una superficie limpia, seca y protegida de contaminantes y a más de 30 cm sobre el piso. Los equipos que no están siendo utilizados se mantienen cubiertos. Los equipos y utensilios se encuentran alejados de desagües y de recipientes de desechos.	1 1 1
Mantelería Art. 28	La mantelería se mantiene en buen estado y limpia. La mantelería se conserva en un lugar exclusivo pares este uso, libre de polvo y humedad. Las servilletas de tela se reemplazan para cada cliente. Los individuales de plástico u otro material se limpian y desinfectan después de cada uso	1 1 1 1
B3	OPERACIONES DE PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS	
Lavado Art. 29	A las hortalizas, verduras y frutas sin procesar, antes de utilizarlas aplican el procedimiento de lavado y desinfección.	3
Descongelado Art. 30	El personal responsable de la preparación de los alimentos describe correctamente el procedimiento de descongelación de carnes señalado en el reglamento.	2
Cocción Art. 31	El personal responsable de la preparación de alimentos cuenta con termómetros para verificar las temperaturas de cocimiento establecidas en el reglamento. El aceite se observa libre de partículas	1 1
Grasas y Aceites Art. 32	La filtración de los aceites, para eliminar partículas sólidas se realiza al menos unas vez al día. Depositan el aceite filtrado a temperatura ambiente en un recipiente tapado. Aplican el procedimiento de fritura establecido en las buenas prácticas de manejo de aceites y grasas (anexo 1)	1 1 1
Recalentamiento de comidas Art. 34	Los alimentos recalentados se llevan hasta la temperatura de 74 °C en el centro por 15 segundos y se mantienen a 60°C cuando no se sirven de inmediato. Los alimentos recalentados que no se consumen el mismo día son descartados	2 2

Conservación de alimentos preelaborados Art. 33	Los alimentos preelaborados y cocinados se conservan tapados, rotulados y en refrigeración.	2	
	Los ingredientes crudos o cocidos y embutidos deben mantenerse rotulados y en refrigeración. El tiempo de conservación no debe alterar sus características organolépticas.	2	
	Los productos a base de leche y huevo crudo se mantienen en refrigeración	1	
Contaminación cruzada Art. 35	Los alimentos crudos se almacenan en los equipos de refrigeración en recipientes de material higiénico resistente y tapados o bolsas plásticas y se colocan separados de los cocidos	2	
	Las mesas de trabajo se lavan y desinfectan después de utilizarse con alimentos crudos.	2	
	El personal se lava y desinfecta las manos después de manipular alimentos crudos, para entrar en contacto con alimentos preparados.	2	
	Los utensilios como cuchillos y cucharones se encuentran identificados según su uso en productos crudos y cocidos	2	
RESULTADO		Puntos obtenidos	
C	DEL ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS		
ART	ITEM	CAL	
C1	CONDICIONES FÍSICAS Y SANITARIAS		
Lugar de almacenamiento Art. 36	Se cuenta con un lugar o espacio exclusivo para almacenar productos no perecederos	1	
	Se cuenta con cámara de refrigeración o congelación para almacenar productos perecederos según corresponda.	1	
Pisos Art. 39	Construidos de materiales impermeables, antideslizantes, resistentes, fáciles de limpiar y desinfectar, mantenerse en buen estado de conservación e higiene.	1	
	Sin fracturas, fisuras, grietas ni irregularidades en su superficie o uniones.	1	
Paredes Art. 37	Deben mantenerse limpios y desinfectados	1	
	Deben ser de material impermeable, lisas, fáciles de lavar y desinfectar y de color claro	1	
Cielo Raso Art. 38	Deben estar en buen estado de mantenimiento e higiene	1	
	Los ángulos entre pisos y paredes son cóncavos de fácil limpieza y desinfección	1	
Puertas Art. 40	Debe ser de construcción sólida y su diseño y acabado debe impedir la acumulación de suciedad.	1	
	Los materiales utilizados deben ser lisos y resistentes a las operaciones de limpieza	1	
Iluminación Art. 41	Es de superficie lisa e impermeable y esta ajustada completamente a sus marcos.	1	
	La iluminación es suficiente para la realización de las actividades.	1	
	Las fuentes luminicas se encuentran con protectores.	1	
C2	CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO		
Productos no Perecederos Art. 42	El lugar se encuentra limpio, seco y ventilado	1	
	Protegido del ingreso de posibles plagas	2	
	Envases tapados e identificados y no estar en contacto con el piso	1	
	Existe control documental en la rotación de los productos	1	
	El producto debe estar sobre estantes o tarimas, separados del piso 0,15 m.	1	
Productos perecederos Art. 43 y equipos de refrigeración y congelación Art. 44	Almacenamiento de alimentos separados de acuerdo a su naturaleza y debidamente identificados	2	
	Alimentos refrigerados a una temperatura igual o menor a 5°C	3	
	Alimentos congelados de -12°C a -18°C	2	
	El equipo de refrigeración no sobrepasa su capacidad	2	
	Carnes colocadas en recipientes o bolsas plásticas	2	
Los alimentos están colocados separados de manera que permita la circulación de aire frío	1		
RESULTADO		Puntos obtenidos	
D	MEDIDAS DE SANEAMIENTO		
ART	ITEM	CAL	
Programa de higiene y desinfección Art. 60	El establecimiento cuenta con un programa documentado de higiene y desinfección que incluye los procedimientos de limpieza y desinfección	2	
	Se tiene evidencia de la implementación del programa de limpieza y desinfección	2	
	Los productos de limpieza están autorizados e identificados y correctamente almacenados	1	
Plagas y animales Art. 61	En caso de requerir aplicar plaguicidas el personal que realiza esta labor está capacitado, o si esta tarea es hecha por una empresa externa está autorizada por le MS	1	
	Se lleva un registro de los resultados de la aplicación del plan de control de plagas	1	
	Los plaguicidas utilizados están autorizados por la autoridad competente.	1	
Servicios sanitarios Art. 62	Se toman las debidas previsiones para evitar el ingreso de animales domésticos no permitidos	1	
	Los plaguicidas se mantienen cerrados, identificados y fuera del área de preparación de alimentos	1	
	Cuenta con los elementos indispensables para su correcto funcionamiento (jabón, toallas desechables o secador automático de aire fuera del recinto del servicio sanitario, papel higiénico, lavamanos, recipientes para eliminación papeles)	2	
	Su ubicación no comunica directamente con el área de preparación de alimentos y cuenta con ventilación al exterior.	1	
	Su diseño cumple con lo establecido en la ley 7.600	1	
Recintos separados para hombres y mujeres	1		
Cumple con la relación de n° de loza sanitaria vrs. N° de usuarios	1		
Operan correctamente, se mantienen en buen estado de conservación e higiene	2		
De los residuos sólidos y líquidos Art. 63	Cuenta con plan documentado de manejo de residuos y lo tiene implementado	2	
	Los recipientes destinados a los residuos sólidos y sustancias no comestibles están bien ubicados y se encuentran identificados, limpios y están contruidos de material impermeable	2	
	Se dispone correctamente de los residuos sólidos	1	
	Los residuos líquidos se conducen correctamente hacia el sistema de tratamiento o al alcantarillado sanitario, los conductos están protegidos por rejillas para impedir el ingreso de roedores.	2	
	Se cuenta con trampas de grasas y aceites, y se mantienen en buen estado de funcionamiento e higiene.	2	
	Se destina un área aislada y protegida contra plagas para el almacenamiento temporal de recipientes con residuos sólidos y se encuentra en buen estado de conservación e higiene.	1	
RESULTADO		Puntos obtenidos	

E			
SALUD E HIGIENE DEL PERSONAL			
ART	ITEM	CAL	
Art. 4 carné manipulador	El personal cuenta con el carné de manipulador de alimentos vigente	1	
Salud del personal Art 57	Se observa al personal libre de lesiones externas como heridas abiertas o infectadas, infecciones cutáneas o llagas	2	
	El propietario o administrador toma medidas para evitar que el personal enfermo trabaje en zonas de manipulación de alimentos.	3	
Higiene y hábitos del personal Art 58	Los empleados mantienen las uñas limpias, recortadas, sin esmalte, no utilizan maquillaje y no portan joyas durante las horas laborales y se observan buenos hábitos de higiene. (En su área de trabajo: no comen, no fuman, no mascan chicle entre otros). Esto aplica para el área de preparación de alimentos.	2	
	El personal encargado de caja que manipula dinero no debe participar en actividades relacionadas con la manipulación de alimentos durante el tiempo que realiza esta función.	1	
	Se aplica correctamente el procedimiento establecido para el lavado de manos	2	
Vestimenta Art 59	El personal destacado en el área de preparación de alimentos lleva ropa de trabajo limpia, cobertor de cabello, calzado cerrado de material no absorbente.	2	
	La ropa del personal en general se encuentra limpia y en buen estado de conservación	1	
RESULTADO		Puntos obtenidos	
F			
ÁREA DE CONSUMO (COMEDOR)			
ART	ITEM	CAL	
Materiales de construcción y distribución Art. 45 y 46	El espacio permite la circulación adecuada de los usuarios y se mantiene en buenas condiciones de limpieza	1	
	Mobiliario de material resistente, de fácil limpieza	1	
	Los pisos, paredes y cielo raso se mantienen en buen estado de conservación e higiene	1	
Mantenimiento de alimentos calientes Art. 47	Los equipos utilizados para mantener alimentos calientes alcanzan una temperatura mayor o igual a 60° C	2	
	Si cuenta con servicio tipo buffet cada recipiente con comida cuenta con su propio utensilio para servir	2	
	Las urnas o exhibidores de alimentos como pollo frito, rostizado o carnes preparadas cuentan con bombillos o reflectores protegidos y alcanzan la temperatura de 60° C	2	
Mantenimiento de alimentos fríos Art. 48	Las vitrinas refrigeradas para exhibición de alimentos preparados se mantienen en buen estado de funcionamiento, conservación e higiene.	2	
Mantenimiento de otros alimentos Art. 49	Las vitrinas no refrigeradas para exhibición de alimentos se mantienen en buen estado de funcionamiento, conservación e higiene.	1	
Vajilla desechable Art. 50	Cuando se utilicen utensilios de material desechable se descartan, no se permite el reuso.	1	
Dispensadores Art. 51	Los recipientes dispensadores de salsas, aderezos, mayonesas, azúcar u otros se mantienen rotulados y en buen estado de conservación e higiene y cerrados.	1	
Servicio de comidas Art. 52	Se mantienen en refrigeración según la naturaleza de su contenido.	2	
	La vajilla, cubiertos y vasos se encuentran limpios, secos y en buen estado de conservación e higiene	1	
	Los operarios manipulan los utensilios correctamente a la hora de servir los alimentos	1	
Hielo Art. 53	El hielo para consumo se elabora a partir de agua potable o proviene de una fábrica autorizada por el MS	2	
	El hielo se manipula con pinzas y los recipientes se mantienen en buen estado e higiene.	1	
	El hielo utilizado para enfriamiento de bebidas o copas no se usa para consumo humano.	1	
RESULTADO		Puntos obtenidos	
G			
SERVICIO A DOMICILIO			
ART	ITEM	CAL	
Transporte para servicio a domicilio	Se utilizan envases desechables de primer uso para entregar los alimentos al cliente	1	
	Salsas u aderezos debidamente envasados	1	
Art 56	Los contenedores térmicos del vehículo cuenta con cierre hermético y seguro	1	
RESULTADO		Puntos obtenidos	
H			
SERVICIO DE CATERING			
ART	ITEM	CAL	
Transporte para servicio de catering Art 55	Vehículos que transportan alimentos se mantienen en buenas condiciones de higiene	1	
	Cuentan con carrocería cerrada de forma que impidan el ingreso de contaminantes externos	1	
	Los contenedores térmicos destinados al transporte de alimentos calientes los mantienen a 60°C	2	
	Los recipientes utilizados que tengan contacto directo con los alimentos deben ser de materiales resistentes, de fácil limpieza y desinfección y no transmitir sustancias tóxicas, olores o sabores a los mismos.	1	
	Los alimentos fríos se mantienen a temperatura igual o inferior a 5°C	2	
	Los utensilios y mantelería se transportan debidamente protegidos de posibles contaminantes.	1	
RESULTADO		Puntos obtenidos	

Anexo 2. Encuesta sobre Cultura de Inocuidad Alimentaria - Hogar de la Esperanza



Encuesta sobre Cultura de Inocuidad Alimentaria - Hogar de la Esperanza

El propósito de esta encuesta es evaluar el conocimiento y la cultura (comportamientos) de inocuidad alimentaria de las personas beneficiarias del Hogar de la Esperanza.

La información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y utilizada exclusivamente con fines de análisis académico y de mejora continua de la organización. Sus respuestas son muy importantes para entender mejor la situación actual, las necesidades y percepciones de la población, y para proponer acciones que promuevan ambientes más seguros y saludables.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo más importante es que responda con sinceridad según su experiencia personal.

⚠ Esta encuesta debe ser gestionada por el entrevistador designado, quien se encargará de registrar cada respuesta de forma clara y respetuosa.

Instrucciones: Marque la opción que mejor represente su respuesta.

I. Información del Entrevistado:

Edad: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero/ Transexual ☐ No binario ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otro: _____

Fecha de ingreso al Hogar de la Esperanza: _____

Prepara alimentos dentro del Hogar de la esperanza: ☐ Sí ☐ No

II. Actitud

- ¿Ha escuchado antes el término "inocuidad alimentaria"?
☐ Sí ☐ NO
- ¿Cree que hay riesgos en los alimentos si no se preparan o manipulan bien?
☐ Sí ☐ NO
- ¿Considera importante la inocuidad alimentaria en el servicio de alimentación?
☐ Muy importante ☐ Nada importante
- ¿Considera usted que, por pertenecer a una población con condición de VIH, es necesario tener mayores cuidados en la inocuidad, higiene y preparación de los alimentos?
☐ Sí ☐ No ☐ Nunca lo pensó
- ¿Qué haría si el pollo está rosado o crudo en el centro?
☐ No lo come y lo reporta ☐ No lo come ☐ Lo come así
- Si le sirven un huevo con la yema muy cruda o "aguada", usted:
☐ No lo come y piden que lo cocinen más ☐ No lo come ☐ Lo come así
- ¿Qué haría si nota un sabor extraño en la comida?
☐ Deja de comer e informa ☐ Deja de comer ☐ Sigue comiendo



8. ¿Qué haría si se cae comida cocinada al suelo?
☐ La desecha ☐ Se la come
9. ¿Qué haría si salpica jugo de pollo crudo sobre ensalada?
☐ Desecha la ensalada ☐ La come
10. ¿Debe empacarse carne/pollo para evitar contaminación cruzada?
☐ Sí ☐ No / No sé
11. ¿Cree que es seguro comer carne o leche que ya venció si aún huele bien?
☐ Sí ☐ No
12. ¿Cree que las sobras de alimentos (como pollo cocido u otros platillos) deben recalentarse antes de comerlos?
☐ Sí ☐ No

III. Control percibido

13. ¿Tiene acceso a refrigeradora?
☐ Sí ☐ A veces ☐ No
14. ¿Tiene acceso a agua, jabón y alcohol para lavarse las manos?
☐ No tiene ☐ Tiene agua y jabón ☐ Agua, jabón y alcohol
15. ¿Ha recibido alguna vez una capacitación o charla sobre inocuidad o manipulación de alimentos?
☐ Sí ☐ No / No recuerdo

IV. Comportamiento actual

16. ¿Se lava las manos antes de comer?
☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
17. ¿Se lava las manos después de ir al baño?
☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
18. ¿Lava las frutas antes de comerlas?
☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca

V. Normas subjetivas

19. ¿Cree que el servicio de alimentación cumple con buenas prácticas?
☐ Sí ☐ Tal vez ☐ no
20. ¿Cree que las personas que lo rodean esperan que usted practique buenas medidas de higiene al preparar alimentos?
☐ Sí, lo esperan ☐ No lo esperan ☐ No estoy seguro/a

VI. Intención

21. ¿Le gustaría recibir capacitación sobre inocuidad de los alimentos?
☐ Sí ☐ Tal vez ☐ No ☐
22. ¿Tiene intención de mejorar sus hábitos de higiene y alimentación?
☐ Sí ☐ Tal vez ☐ No ☐

Observaciones: _____

Anexo 3. Entrevista semiestructurada



ENTREVISTA PERSONAL CLAVE HOGAR DE LA ESPERANZA

Tema: Cultura de inocuidad alimentaria y atención a personas con VIH

Lugar: Hogar de la Esperanza (HLE)

Duración estimada: 25–30 minutos

Sección 1. Contexto y rol institucional (preguntas generales)

1. ¿Podría indicar brevemente su cargo y las principales funciones que desempeña dentro del Hogar de la Esperanza?
(Todos)
2. Desde su experiencia, ¿cómo describiría la importancia de la alimentación y la inocuidad alimentaria en la atención integral de personas que viven con VIH?
(Todos)

Sección 2. Prácticas de inocuidad alimentaria

3. ¿Qué prácticas considera fundamentales para garantizar la inocuidad de los alimentos que se brindan a los usuarios del Hogar?
(Todos)
4. ¿Existen lineamientos, normas o procedimientos definidos para la manipulación, preparación y servicio de alimentos?
(Todos)
 - Si la respuesta es afirmativa: ¿cómo se asegura su cumplimiento?
5. Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales riesgos asociados a una inadecuada manipulación de alimentos en una población con VIH?
(Todos)

Sección 3. Cultura de inocuidad

6. ¿Considera que en el Hogar de la Esperanza existe una cultura de inocuidad alimentaria? ¿Por qué?
(Todos)
7. ¿Cómo se promueve la conciencia y responsabilidad del personal y colaboradores en relación con la inocuidad de los alimentos?
(Director, Enfermero, Nutricionista)

Sección 4. Enfoque desde la salud y la nutrición

8. Durante su período de trabajo, ¿identificó cambios o mejoras en las prácticas de inocuidad alimentaria dentro del Hogar?
(Nutricionista)



Sección 5. Desafíos y oportunidades de mejora

11. ¿Cuáles considera que son los principales desafíos que enfrenta el Hogar de la Esperanza para fortalecer la inocuidad alimentaria?
(Todos)
12. ¿Qué acciones o estrategias recomendaría para fortalecer la cultura de inocuidad alimentaria en el Hogar?
(Todos)

Sección 6. Cierre

13. ¿Desea agregar algún comentario o experiencia que considere relevante sobre la relación entre inocuidad alimentaria, nutrición y atención a personas con VIH en el Hogar de la Esperanza?
(Todos)

Anexo 4. Criterios de evaluación del proyecto

Ítem	Descripción	Cumplimiento
1. Existencia de un diagnóstico claro	¿El proyecto se basa en un estudio que evidencia inseguridad alimentaria o malnutrición en la población meta?	Con la investigación diagnóstica, se determina que existen riesgos relacionado con la preparación y consumo de alimentos, por deficiencias en conocimientos y prácticas de inocuidad de los alimentos.
2. Priorización del problema por la comunidad	¿La necesidad fue identificada y validada por las personas beneficiarias o actores locales?	El problema no ha sido identificado por toda la población, sin embargo, al realizar la investigación diagnóstica se evidencia interés en la mejora y en muchos casos no tenían claro los riesgos asociados por el mal manejo y preparación de alimentos. A nivel organizacional, si se ha considerado como crítico, sin embargo, la disponibilidad de alimentos y escasos de recursos ha desplazado la criticidad de la problemática.
3. Alineación con políticas públicas nacionales	¿El proyecto está alineado con estrategias nacionales de SAN, salud, agricultura, desarrollo social o educación?	Se alinea con la política Desde 2010 el país dispone de una Política Nacional de Inocuidad de Alimentos, oficializada mediante el decreto ejecutivo N °35960-S-MAG-MEIC-COMEX, la cual busca “establecer los lineamientos generales a seguir en materia de inocuidad de alimentos

producidos, elaborados, importados y comercializados a efectos de asegurar la protección de la salud de las personas y de los derechos de los consumidores”

Y con el pilar numero 3 Pilares y líneas de acción del Plan SAN CELAC de Costa Rica

Pilar 3. Bienestar nutricional y aseguramiento de nutrientes, respetando la diversidad de hábitos alimentarios, para todos los grupos en situación de vulnerabilidad, específicamente el 3.5. Inocuidad de los alimentos

4. Alineación con marcos internacionales	¿El proyecto contribuye a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (especialmente el ODS 2)? ¿Responde a recomendaciones de FAO, PMA u otros?	ODS 2: Hambre Cero Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición La inocuidad es un componente esencial de la seguridad alimentaria. Alimentos contaminados pueden causar enfermedades, malnutrición y mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables.
--	--	---

ODS 3: Salud y Bienestar Garantizar una vida

sana y promover el bienestar para todo

La prevención de enfermedades transmitidas por alimentos (ETAs) es clave para reducir la carga de enfermedades. La inocuidad evita brotes, hospitalizaciones y muertes.

ODS 6: Agua limpia y saneamiento

Garantizar disponibilidad y gestión sostenible del agua

La inocuidad depende del acceso a agua potable y prácticas higiénicas en la producción, procesamiento y preparación de alimentos.

5. Enfoque en población vulnerable	¿El proyecto prioriza niñez, mujeres embarazadas, pueblos indígenas o poblaciones rurales con alto riesgo?	La población meta es población en condición VIH, con antecedentes de vida de calle, prostitución y abuso de sustancias.
6. Pertinencia cultural y alimentaria	¿Las intervenciones son apropiadas según la cultura alimentaria local y prácticas tradicionales?	Las intervenciones, no están enfocadas a generar cambios en la conducta alimentaria, con respecto a los grupos alimentarios, sino

		en la forma de preparación y consumo de los alimentos.
7. Uso de evidencia científica	¿Se aplican estrategias o tecnologías que hayan demostrado ser efectivas en contextos similares?	En los antecedentes se detallan, algunas intervenciones relacionadas con la forma en que los programas deben ser desarrollados con el fin de generar un impacto real en la población. Específicamente se utiliza como referencia la teoría del comportamiento planeado, que sirve como marco para establecer estrategias de modificación de comportamientos.
9. Disponibilidad de recursos	¿El proyecto cuenta con presupuesto, personal capacitado y materiales adecuados para su ejecución?	La organización cuenta con una nutricionista a cargo, quien podría ser la encargada de implementar los programas desarrollados. Adicionalmente, el autor Ronald Andrey Ureña Jiménez, sería voluntario en la implementación del proyecto.
10. Participación comunitaria	¿Incluye mecanismos de participación de la comunidad durante el diseño, ejecución y evaluación?	Como es un tema de cultura, el proceso depende directamente de la participación, retroalimentación del personal. La comunidad del HLE, debe estar completamente involucrado con la estrategia

		para asegurar que se logren los resultados esperados.
11. Impacto potencial en SAN	¿Se espera una mejora clara en el acceso, disponibilidad, utilización o estabilidad de alimentos?	Se espera un cambio en la cultura de la población beneficiara en tema de inocuidad, por lo que esta relacionado con el consumo y utilización biológica de los alimentos.
13. Monitoreo y evaluación incluidos	¿El proyecto contempla indicadores y medios de verificación para medir el impacto esperado?	Se deberán determinar, indicadores de cumplimiento de actividades planificadas, seguimiento de practicas y encuestas para validar el cambio de la cultura de la población. Como parte de indicadores, podrán establecerse lista de verificación de orden y aseo en áreas de almacenamiento, preparación y consumo de alimentos.