

**ANÁLISIS DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LA POLÍTICA PÚBLICA
DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ÁMBITO ESCOLAR**

CLARA ZORAIDA MORENO CORONADO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL
BOGOTÁ, D.C.**

2014

**ANÁLISIS DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LA POLÍTICA PÚBLICA
DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ÁMBITO ESCOLAR**

CLARA ZORAYDA MORENO CORONADO

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Política Social

Directora del trabajo de grado

María Cristina Ocampo de Herrán

Doctora en sociología jurídica

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES

MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL

BOGOTÁ, D.C.

2014

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá D.C, Junio 24 de 2014

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincera gratitud y reconocimiento a las personas que han hecho posible que finalice con éxito mi formación académica en la Maestría de Política Social.

Doctora María Cristina Ocampo de Herrán, agradezco sus valiosas y permanentes enseñanzas, constante acompañamiento y asesoramiento, sus orientaciones conceptuales y metodológicas, por contagiarme de su pasión por la política social y sobre todo por su calidad humana. Gracias y que Dios la siga guiando para hacer posibles importantes investigaciones que continúen aportando a la sociedad.

Doctor Jaime Céspedes Londoño, mi eterno agradecimiento por su incondicional apoyo, la confianza depositada en mí y sus valiosas enseñanzas en lo profesional y personal; las cuales han contribuido para asumir nuevos retos personales, laborales y académicos. Es usted un ejemplo de vida a seguir, Dios le conserve su sabiduría y generosidad.

Directivas de la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, gratitud a quienes con su apoyo y reconocimiento a mi labor, me impulsaron para seguir cualificándome profesionalmente.

Nelsy y Esmeralda Moreno, mis hermanas, por la comprensión, la constante colaboración, paciencia y el ánimo recibido para alcanzar la meta con éxito.

A todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	11
1. LA SALUD Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	14
1.1 LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	14
1.1.1. Principales causas de morbi – mortalidad de los colombianos.	16
1.2 EL DERECHO A ESTAR SANO.....	23
1.2.1. La salud un derecho social fundamental.....	26
1.2.2. El derecho a la salud en el marco normativo internacional.....	31
1.3 ENFOQUES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD.....	32
1.3.1 Enfoque de derechos.....	35
1.3.2. Enfoque de Determinantes Sociales de la salud.	37
1.3.3. Enfoque de capacidades.	39
1.3.4 La promoción de la salud y el enfoque de derechos y capacidades.	41
1.4 MARCO DE ANÁLISIS DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DESDE EL ENFOQUE DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA SITUACIONAL PES.....	44
1.4.1 Categorías de análisis.	49
2. DEL DISCURSO A LA ACCIÓN.....	53
2.1 EL ESTADO EN ACCIÓN: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA UNA VIDA SALUDABLE.....	53
2.1.1 Marco normativo nacional.....	53
2.1.2 Estrategia entornos saludables.....	54
2.1.3 Municipios saludables.....	55
2.1. 4 Escuela saludable.....	56
2.2 LA VIABILIDAD DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN ÁMBITOS ESCOLARES.....	58
2.2.1 El discurso materializado y la viabilidad de las decisiones.	60

2.2.2 Enfoque PES en la política pública EPEVS.....	63
2.2.3 Capacidad institucional para la promoción de un estilo de vida saludable.....	64
2.3. BOGOTÁ HUMANA Y LA PROMOCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.....	65
2.3.1. La implementación en el ámbito escolar.....	71
2.4 RELACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL.....	72
3. ENFOQUE METODOLÓGICO Y PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN AMBITOS ESCOLARES.....	74
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.....	74
3.1.1 Categorías de análisis.....	76
3.1.2 Fuentes y proceso de recolección de la información.....	76
3.1.2.1 Entrevistas estructuradas.....	77
3.1.2.2 Grupos focales.....	78
3.1.2.3 Grupo focal lúdico.....	79
3.1.3 Población participante del proceso de implementación.....	79
3.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	80
3.3 PRINCIPALES HALLAZGOS POR CATEGORIA DE ANÁLISIS Y ACTORES CLAVE.....	80
3.3.1 La percepción del problema público.....	81
3.3.2 Capacidad de decisión.....	86
3.3.3 Capacidad de agencia.....	89
3.3.4 Capacidad de sostenibilidad.....	94
3.3.6 Matriz de hallazgos por categoría de análisis y actores clave.....	99
3.3.7 La población beneficiada de la política pública.....	104
CONCLUSIONES.....	106
RECOMENDACIONES.....	110
BIBLIOGRAFÍA.....	112
ANEXOS.....	120

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Porcentajes de las principales causas de morbilidad en la población mundial.....	15
Gráfica 2.Tasa de mortalidad.....	17
Gráfica 3.Principales causas de morbilidad en Colombia	18
Gráfica 4.Hábitos alimentarios de la población colombiana entre 5 y 64 años de edad.....	20
Gráfica 5.Afectación en la salud de la población infantil colombiana.....	20
Gráfica 6.Comparación del tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos en niños de 15 – 12 años	21
Gráfica 7. Prevalencia de factores riesgo cardiovascular en niños de 3 a 17 años - Bogotá	22
Gráfica 8. Estrategia de Entornos saludables	55
Gráfica 9.Elementos básicos de la política pública	66
Gráfica 10.Actores participantes en la implementación del EPEVS	81
Gráfica 11.Percepción diferencial del problema de salud pública por parte de los actores clave	86
Gráfica 12. Capacidad de decisión	89
Gráfica 13.Esquema de capacidad de agencia por parte de actores clave	93

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Ranking de las diez (10) Principales causas de mortalidad en Colombia 1990 – 2010.....	16
Tabla 2. Ranking de los diez (10) Principales factores de riesgo en Colombia 2010.....	19
Tabla 3. Plan plurianual de inversiones 2012 – 2016 por eje	69
Tabla 4. Recursos económicos destinados para la ejecución de programa específico.....	69
Tabla 5. Población participante y tipo de estrategia de participación de EPEVS	79

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexos capítulo 1

Anexo A. Situación de morbilidad en las Américas.....	120
Anexo B. Gráfico 10 Proporciones nacionales (5 a 64 años) de las frecuencias de consumo por grupo de alimentos, según área de residencia	120
Anexo C. Porcentaje de mortalidad por enfermedades crónicas 2009	121
Anexo D. Acuerdos, tratados y directrices que garantizan el derecho a la salud	121
Anexo E. Capacidades centrales Martha Nussbaum.....	122

Anexos capítulo 2

Anexo F. Marco normativo colombiano	123
Anexo G. Estrategia de municipios saludables.....	125
Anexo H. Estrategia de entornos saludables	125
Anexo I. componentes y líneas de acción de la estrategia Escuela Saludable, OPS y OMS:	126
Anexo J. Premisas básicas de la estrategia Escuela Saludable.....	126
Anexo K. Marco institucional de articulación de la estrategia Escuela Saludable.....	128
Anexo L. Funciones de las entidades ejecutoras de la EPEVS	128
Anexo M. Estrategia para atender la niñez y la adolescencia.....	129
Anexo N. Acuerdo 498 de Septiembre 26 de 2012 del Concejo de Bogotá .	130
Anexo O. Respuesta al Derecho de Petición Concejo de Bogotá D.C	131
Anexo P. Fuentes de financiación de las políticas públicas.....	131
Anexo Q. Plan de gestión de la estrategia Vida Saludable.....	133
Anexo R. Subprograma Creciendo Saludables – IED -Gestión del Ámbito Escolar.....	135

Anexos Capítulo 3

Anexo S. Esquema de entrevista.....	138
Anexo T. Gráfico Población escolar matriculada en los colegios distritales participante del programa Escuelas para Salud y la Vida.....	138
Anexo U. Población escolar por rangos de edad Bogotá 2010.....	138
Anexo V. Matrícula de Bogotá por tipo de colegio	139
Anexo W.: Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, según edades quinquenales y simples	140
Anexo X. Instrumentos para la recolección de información	141
Anexo Y. Cuestionario para entrevistas con actores claves	141
Anexo Z. Instrumentos para grupo Focal Lúdico	173
Anexo AA. Relación entre hallazgos, conclusiones y recomendaciones	177

INTRODUCCIÓN

Colombia es un país con complejos problemas y la salud de las personas es uno de los más importantes, cuyos índices de morbilidad y mortalidad muestran la coexistencia de varias causas, principalmente la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, propias de países desarrollados. Este panorama es alarmante cuando se revisan las causas y cifras de la morbilidad, resultado de diversos factores de riesgo relacionados con la pobreza, la falta de alimentos y los ligados a las desigualdades e inequidades en salud, elementos fundamentales atendidos por las políticas sociales y sanitarias de los últimos años que aún no se reflejan en la disminución de la tendencia de las muertes que son evitables.

Las enfermedades no transmisibles se han incrementado en la población colombiana, así se evidenció en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 y 2010, cada vez es mayor el porcentaje de colombianos que presentan estas enfermedades, derivadas de los inadecuados hábitos de vida, cuya magnitud se comienza a vislumbrar en los problemas de salud desde la infancia, al incrementarse la obesidad, el sedentarismo y el consumo de alimentos poco saludables que afectan la salud de los niños y adolescentes en mediano y largo plazo. Ante esta situación el gobierno nacional diseñó e implementó la Estrategia de Promoción de Estilos de Vida Saludable, EPEVS, en ámbitos escolar como una manera para atender el problema de salud pública y prevenir la enfermedad en la población escolar. Esta estrategia se basa en la promoción de una alimentación saludable y la práctica de actividad física como factores que contribuyen a evitar los riesgos de las enfermedades crónicas no trasmisibles, especialmente las cardiovasculares.

En el presente estudio se realizó un análisis del proceso de implementación de la Estrategia de Promoción de Estilos de Vida Saludables, EPVES, en ámbito escolar, debido a la distancia entre el discurso y la acción de la política pública, con el fin de establecer los elementos que faciliten la coherencia entre

las ideas y la práctica, entre el “*Deber ser*” de la política y el “*Deber hacer*”. Para ello se tomaron dos enfoques teóricos de análisis, uno de ellos referente a la filosofía política desde el enfoque de derechos sociales fundamentales, cuyo autor representativo es Robert Alexy y el enfoque de capacidades abordado desde Amartya Sen y Martha Nussbaum. Para el análisis de las políticas públicas se revisaron los diversos enfoques y se optó por el más pertinente para este campo de acción, el enfoque de Planeación Estratégica Situacional, PES, cuyo autor representativo es Carlos Matus.

El análisis del proceso de implementación se abordó desde las acciones de los diferentes actores de la política del sector salud, educación y las ONG’s, este último actor con una injerencia importante en las decisiones del Estado. Se analizó en ellos su capacidad de decisión, agencia, sostenibilidad y legitimidad de la política pública objeto de análisis, con el propósito de explorar y describir factores facilitadores y restrictivos que hacen efectiva la política en la administración de Bogotá Humana. Se trabajó con tres comunidades educativas, una oficial que ha implementado las estrategia de promoción de la salud, otra pública que no ha participado en el proceso y una privada liderada por una ONG que lleva varios años trabajando en la promoción de estilos de vida saludables en ámbito escolar.

La investigación se basó en el enfoque metodológico mixto para la evaluación de políticas públicas, como una forma de obtener aproximaciones cuantitativas y cualitativas de los fenómenos sociales y de la acción pública. Para el análisis del problema público se utilizaron datos obtenidos de estadísticas sociales disponibles en el país que evidenciarán la magnitud del problema de salud pública y sus efectos particulares en la población colombiana y bogotana. Como fuentes secundarias del estudio se utilizaron datos de estudios realizados por organizaciones internacionales, censos nacionales, estadísticas vitales, información sobre matrícula escolar, morbilidad, mortalidad asociada a las ENT y la información de grandes encuestas sociodemográficas, las encuestas de demografía y salud, la encuesta nacional de la situación nutricional ENDS y ENSIN 2005 y 2010.

A nivel distrital de Bogotá se realizó la captura de datos de población escolar matriculada en centros educativos de educación básica, población atendida por el programa que desarrolla la estrategia nacional de estilos de vida saludable en la administración de Bogotá Humana.

La información cualitativa recolectada para el análisis se obtuvo a través de entrevistas con actores decisores de la política pública, agentes operadores y beneficiarios de la misma, con el fin establecer la relación que se presenta entre el discurso y la realidad referente al problema público que se quiere atender. Para tal fin se recolectó información grupal que permitiera conocer los aspectos relevantes del proceso de implementación en la población beneficiaria de la EPEVS en ámbito escolar. Se realizaron grupos focales con docentes y padres de familia, representantes de las comunidades educativas a las que pertenecen. Adicionalmente se realizaron grupos focales “lúdicos” con los estudiantes de los diferentes grados de primaria con el fin de conocer sus apreciaciones, efectos generados como beneficiarios de la EPEVS y en general identificar información sobre las categorías de análisis establecidas.

Finalmente este estudio aportó información relevante para hacer efectiva la política en ámbito escolar, desde el proceso de implementación de la política pública que puede ser útil para próximas investigaciones que pretendan articular acciones de orden nacional al distrital con el fin de crear capacidades por medio de la acción articulada de salud y educación como herramientas fundamentales para reducir la inequidad y garantizar la igualdad de condiciones que permitan gozar del pleno derecho a la salud y obtener calidad de vida.

1. LA SALUD Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Colombia es un país con complejos problemas de salud cuyos índices de morbilidad y mortalidad muestran la coexistencia de: “la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, propias de países desarrollados con procesos demográficos de envejecimiento y las afecciones de salud causadas por las enfermedades transmisibles, carenciales y epidémicas y las lesiones externas por distintas causas específicas siguen ocasionando enfermedad, discapacidad y muerte en los diferentes grupos etarios” (Plan Decenal de Salud, 2012 – 2021)

Es claro que muchas de las enfermedades que padecen los colombianos son altamente evitables y aunque se han realizado cambios importantes en las políticas sociales y sanitarias de los últimos años, no se refleja un mejoramiento de la tendencia de las muertes que son evitables, a pesar de que el gasto en salud se ha incrementado notablemente (Gómez, R. 2008. P. 270). Este panorama es alarmante cuando se revisan las causas y cifras de la morbilidad, resultado de diversos factores de riesgo relacionados con la pobreza, la falta de alimentos, y con aquellos ligados a las desigualdades e inequidades en salud.

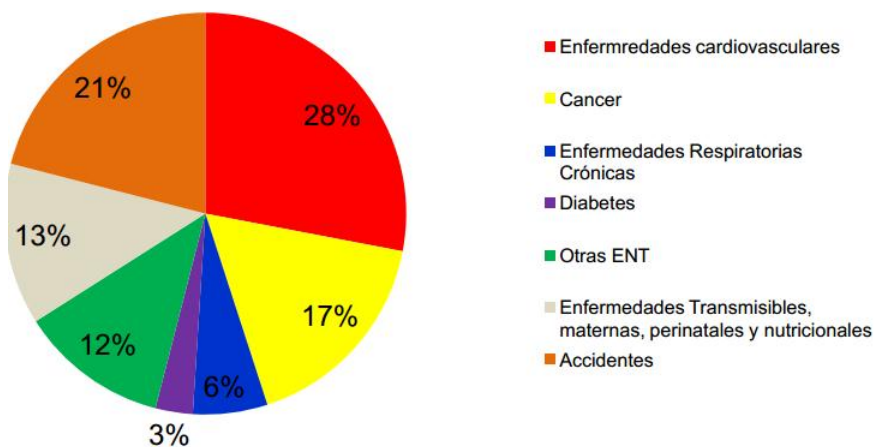
1.1 LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Los datos del Observatorio regional de la salud OPS y OMS para Colombia ponen en evidencia la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, en adelante ENT, definidas como enfermedades crónicas que no se transmiten de persona a persona. Se caracterizan por ser de larga duración, evolucionan lentamente y traen altos costos económicos y de calidad de vida para las personas que los padecen. Los cuatro tipos principales de ENT son las enfermedades cardiovasculares, como ataques cardíacos y accidentes

cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma y la diabetes (OMS, 2002).

Gráfica 1. Porcentajes de las principales causas de morbilidad en la población mundial

Fuente: NCDS Country Profiles 2010



Las ENT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, así lo señala la OMS. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud (Recuperado el mayo 7 de 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>)

Al revisar los datos de enfermedades no transmisibles para el continente americano el panorama es igualmente preocupante, siendo las enfermedades no transmisibles la primera causa de muerte en la población; lo cual genera una alarma mundial y continental que debe ser atendida por los Estados, los analistas y formuladores de políticas públicas, los actores políticos y sociales responsables de realizar acciones que promuevan la salud y motiven a modificar conductas que eviten enfermedades altamente prevenibles.

1.1.1. Principales causas de morbi – mortalidad de los colombianos.

Las enfermedades cardiovasculares se han incrementado, así lo demostró el estudio de Carga de la Enfermedad: elaborado por el Centro de Proyectos para el Desarrollo – CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana, publicado en octubre de 2008, estimaron que las enfermedades crónicas no transmisibles, ENT, constituyen un grave problema de salud pública que genera altos niveles de discapacidad y por lo tanto, tienen un efecto negativo en la calidad de vida de las personas, lo cual repercute en el crecimiento económico del país. Los resultados de este estudio muestran que la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las enfermedades cardiovasculares derivadas de los hábitos de vida poco saludables, son un problema público, cuya magnitud no ha sido **debidamente** atendida por el Estado y la sociedad.

Conocer las principales causas de morbilidad de los colombianos es un punto de partida que permite identificar la magnitud del problema público de salud, su situación real y actual de la población; aspectos necesarios para analizar, identificar causas, plantear intervenciones posibles y acciones de mejoramiento.

Tabla 1. Ranking de las diez (10) Principales causas de mortalidad en Colombia 1990 – 2010

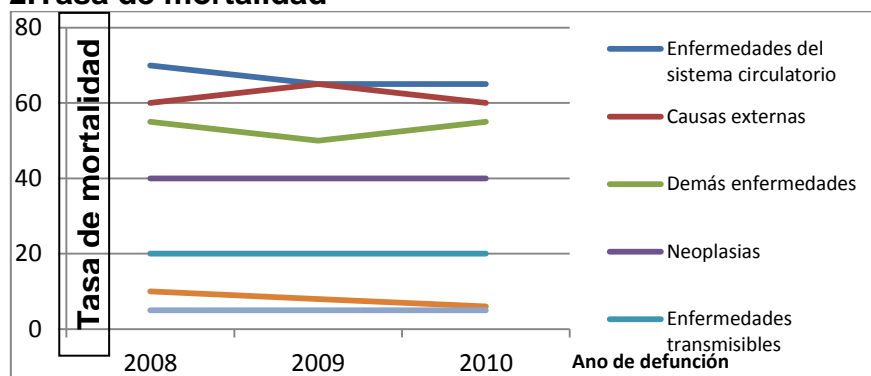
1990	2010
1. Violencia Interpersonal	1. Enfermedad isquémica cardíaca
2. Enfermedad isquémica cardíaca	2. Violencia Interpersonal
3. Accidente cerebro vascular	3. Accidente cerebro vascular
4. Infección respiratoria de vías interiores	4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC
5. EPOC	5. VIH/SIDA
6. Accidentes de tránsito	6. Infección respiratoria de vías interiores
7. Complicaciones del parto pre término	7. Accidentes de tránsito
8. Cáncer de estómago	8. Diabetes
9. Enfermedad diarreica aguda	9. Enfermedad cardíaca hipertensiva
10. Enfermedad cardíaca hipertensiva	10. Cáncer de estómago

Fuente: The Global Burden Of Disease Study 2010

Los cambios de las principales causas de mortalidad del año 1990 al año 2010, evidencia que la enfermedad isquémica cardiaca pasó a ser la principal causa de dicha problemática; enfermedad asociada a una dieta malsana, inactividad física, consumo de alcohol y de cigarrillo. Estos factores inciden en la generación de accidentes cerebro-vasculares, tercera causa de muerte. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asociada en gran medida por el consumo de cigarrillo, es la quinta causa de mortalidad. En el ranking de las principales enfermedades causantes de muerte, para el año 2010, ingresa la diabetes, incrementada por el sedentarismo y la inactividad física, esta enfermedad se presenta generalmente los adultos, pero en los últimos años es notorio el número de infantes y jóvenes que padecen esta enfermedad (The Global Burden of Disease Study, 2010).

Durante el año 2010 las enfermedades del sistema circulatorio representaron la causa más frecuente de mortalidad en hombres produciendo 30.510 muertes, lo cual corresponde al 25,63% de la mortalidad en este sexo y el 13,04% de la mortalidad total. Entre los años 2008 y 2010 la tasa de mortalidad ajustada por edad mostró un descenso pasando de 66,64 a 63,21. La segunda causa de mortalidad en hombres para el año 2010 fueron las causas externas, que produjeron 28.952 muertes; es decir, un 24,32% del total de la mortalidad en los hombres y un 12,38% de la mortalidad general (Ministerio de Salud, noviembre de 2013)

Gráfica 2. Tasa de mortalidad

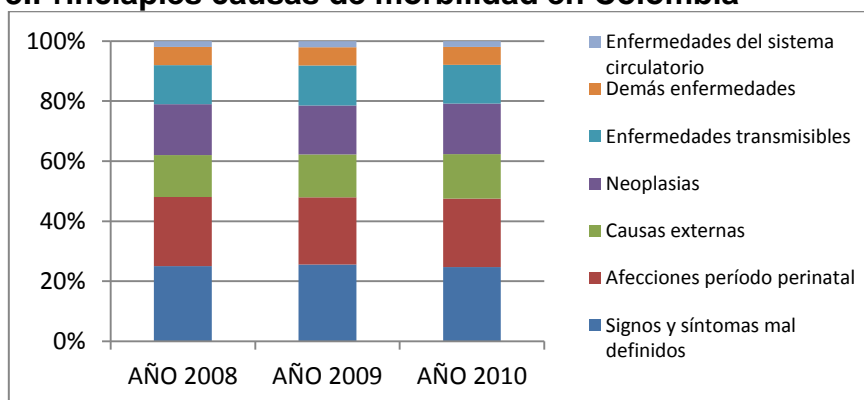


Fuente: DANE y SISPRO, Cubo EEVV 2008 - 2010

Las estadísticas presentadas son contundentes y brindan la información relevante para que los formuladores, analistas, agentes de las políticas públicas y los ciudadanos identifiquen la magnitud del problema y las prioridades de salud pública, la planificación y asignación de recursos que garanticen el mayor impacto posible sobre la longevidad, el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos. Cabe resaltar que las enfermedades que más padecen las personas y las causas de su muerte son prevenibles, aun en países con las condiciones socioeconómicas de Colombia, en su mayoría las enfermedades crónicas no trasmisibles se pueden evitar.

En todas las regiones la mayor prevalencia corresponde a enfermedades del sistema circulatorio, lo cual indica que es un problema de salud pública que se debe atender y sobre todo prevenir a través de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades evitables, con una intervención de políticas públicas orientadas a desarrollar la capacidad de agencia en las personas; es decir, brindar las herramientas necesarias para que los ciudadanos estén en capacidad de agenciar el autocuidado de su salud como pilar fundamental para la prevención de enfermedades prevenibles. Como se verá con detalle, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de 2010, ENSIN 2010, mostró un panorama preocupante en Bogotá; por una parte, un aumento en la obesidad y el sobrepeso en los niños, niñas y adolescentes, que en el 2010 llegó a afectar al 51,9% de esta población.

Gráfica 3. Principales causas de morbilidad en Colombia



Fuente: DANE y SISPRO, Cubo EEVV 2008 - 2010

Como se aprecia en el informe de Global Burden of Disease 2010, el volumen de población que padece enfermedades ocasionadas por malos hábitos alimentarios, inactividad física, obesidad y consumo de alcohol y cigarrillo, ha generado acciones directas de las administraciones nacionales y locales, para atender este flagelo; pero en más de una década de acciones gubernamentales directas para promover la salud cardiovascular de los ciudadanos a través de planes y programas no se observa un trabajo decidido para atender la problemática situación por medio de la atención a las casusas que la generan.

Tabla 2. Ranking de los diez (10) Principales factores de riesgo en Colombia 2010

1990	2010
1. Alimentación no saludable	1. Alimentación no saludable
2. Tensión arterial elevada	2. Tensión arterial elevada
3. Consumo de cigarrillo	3. Consumo de cigarrillo
4. Consumo de alcohol	4. Índices de masa corporal elevados
5. Índices de masa corporal elevados	5. Inactividad física
6. Polución del aire de la vivienda por el uso de combustibles fósiles	6. Glucosa plasmática en ayunas elevada
7. Glucosa plasmática en ayunas elevada	7. Consumo de alcohol
8. Colesterol total elevado	8. Colesterol total elevado
9. Lactancia materna inadecuada	9. Polución del aire de la vivienda por el uso de combustibles fósiles
10. Polución ambiental	10. Plomo

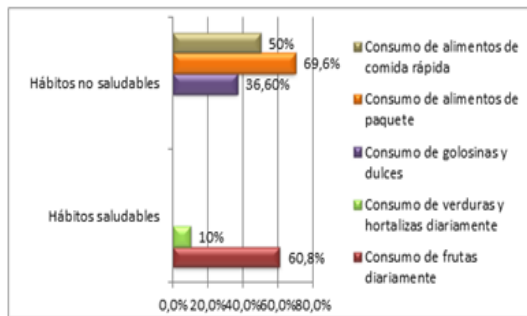
Fuente: The Global Burden Of Disease Study 2010

Los resultados de las encuestas nacionales de salud (ENSIN 2005 y ENDS 2010), muestran un incremento de inadecuados hábitos de alimentación y actividad física en la población colombiana, en especial los resultados referidos a la infancia reportan que el 50% tiene un estilo de vida sedentario, el 48% tienen un alto consumo de grasas e hidratos de carbono, el 30% están expuestos al tabaquismo pasivo, 14% tienen sobrepeso o son obesos, el 12% de hiperlipidemia y hasta un 5% tiene hipertensión arterial, tales resultados evidencian la magnitud del problema de salud pública que se comienza a manifestar desde temprana edad, lo cual hace que la formación de hábitos

saludables deba ser promovidos oportunamente, es decir, desde los primeros años de vida.

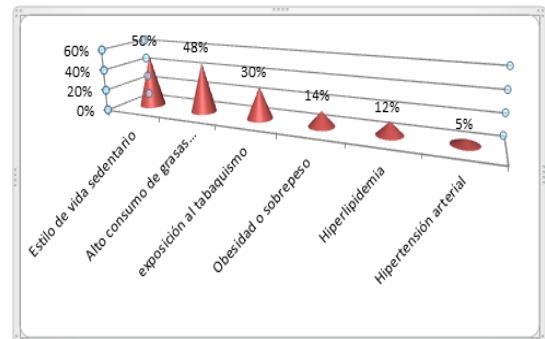
En lo que atañe a los hábitos alimentarios inadecuados para la salud, las mismas encuestas muestran que solo el 60,8% de los colombianos entre 5 y 64 años de edad consumen frutas diariamente y únicamente el 10% consume verduras y hortalizas, con un consumo menor en las áreas rurales, en los niveles de SISBEN 1. Por contraste, el 36,6% de los colombianos de esta edad consume golosinas y dulces diariamente, el 69,6% de la población consume alimentos de paquete y que el 50% consume alimentos de comida rápida de manera regular.

Gráfica 4. Hábitos alimentarios de la población colombiana entre 5 y 64 años de edad



Fuente: Encuesta nacional en salud-ENSIN y ENDS 2010

Gráfica 5. Afectación en la salud de la población infantil colombiana

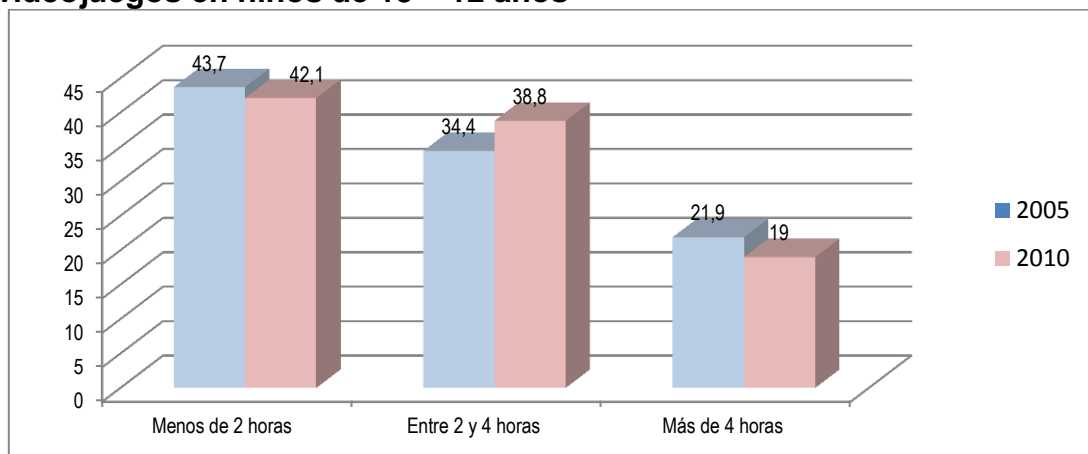


Fuente: ENSIN 2005 y ENDS 2010

Diversas investigaciones muestran que los hábitos de alimentación inciden directamente en la presencia de las ENT, afectan algunos factores de riesgo modificables, por lo tanto contribuyen a evitar la presencia de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo en los niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes, quienes ahora presentan enfermedades cardiovasculares desde temprana edad y dejan de ser exclusivas del adulto mayor. Por lo tanto se deben promover estilos de vida saludables en esta población en ámbitos escolares y familiares a través de la práctica de actividad física y el consumo de frutas y verduras, por medio de medidas sencillas que favorezcan la promoción de la salud.

En lo referente al sedentarismo de niños y adolescentes, los datos muestran que para el 2010, el 62% de la población ven televisión o juegan con videojuegos por un tiempo superior al recomendado por la Academia Americana de Pediatría, no más de dos horas diarias. Es así como los niños de 5 a 12 años, presentaron un aumento de 4,4% en la exposición de 2 a 4 horas por día y en los adolescentes entre 13 y 17 años se encontró que el 25% de ellos ve televisión o juega con videojuegos por un tiempo superior a 4 horas. El tiempo dedicado a ver televisión y jugar con videojuegos está asociado a menos tiempo dedicado a realizar actividad física (AF), al sobrepeso y la obesidad, a un mayor consumo de bebidas gaseosas y dulces y a comportamientos violentos (ENSIN, 2010). En consecuencia, se hace necesario implementar políticas y estrategias que promuevan la AF para así disminuir la prevalencia de las actividades sedentarias.

Gráfica 6. Comparación del tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos en niños de 15 – 12 años



Fuente: ENSIN 2005 y ENSIN 2010

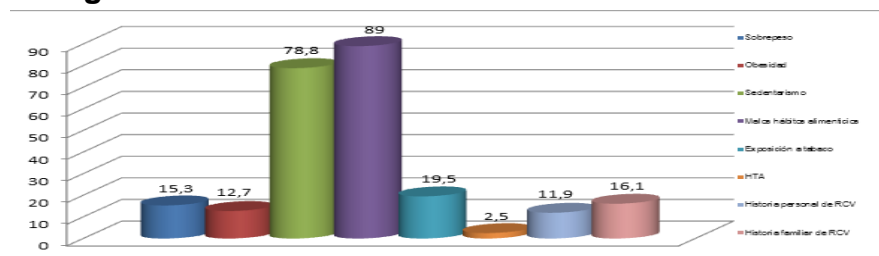
Es evidente, que en las ciudades se concentra gran cantidad de familias consumidoras de alimentos; aquí se transforman los productos agropecuarios en alimentos, con altas porciones de carbohidratos, edulcorantes y otras sustancias que afectan la salud. Estos alimentos procesados entran como opciones rápidas de alimentación a los hogares gracias a la publicidad que genera la “necesidad”, unida a las facilidades de almacenamiento prolongado

y posibilidades de transporte de tales alimentos. En este contexto, para la población de niños, niñas y adolescentes la inadecuada alimentación debe considerarse como un problema de salud pública a atender en forma prioritaria, con el fin de evitar la presencia de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo y el escaso consumo de frutas y verduras a través de medidas sencillas dirigidas a la promoción de la salud y los estilos de vida saludables.

- **Morbilidad y Mortalidad en Bogotá**

Bogotá concentra una alta población, según datos oficiales del DANE para el año 2009 la ciudad era la más poblada del país con un total de 7.363.782 habitantes; de ellos 7.347.795 (99,8%) habitan el área metropolitana; la población menor de 15 años es del 15% mientras que los mayores de 65 años representan un 6,3%”. Ciudadanos que presentan altos índices de morbilidad y mortalidad prevenibles, según las estadísticas de la Secretaria de Salud. Para el año 2009, sobre una tasa de 100.000 habitantes se aprecia el siguiente porcentaje de muertes crónicas en Bogotá (Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016, mayo de 2012). Estos porcentajes reflejan que la población bogotana, al igual que el resto del país, padece enfermedades derivadas de los malos hábitos alimentarios, por obesidad y el sedentarismo. Teniendo en cuenta que el 15% de los habitantes capitalinos es menor de 15 años, y que se constituye en un alto porcentaje de la población escolar, es muy preocupante la problemática que evidencia el estudio realizado en el 2011 por la Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología, efectuado en un muestra de la población escolar de Bogotá:

Gráfica 7. Prevalencia de factores riesgo cardiovascular en niños de 3 a 17 años - Bogotá



Fuente: Fundación Cardioinfantil - Instituto de cardiología

Las condiciones ambientales de la ciudad, producto de la variabilidad climática, unida a la situación insalubre de la población que vive en condiciones muy precarias, a los problemas de contaminación constituyen el medio propicio para que la población enferme y muera.

1.2 EL DERECHO A ESTAR SANO

La norma constitucional que en 1991 erigió a Colombia como un Estado social de derecho, no consagró en su momento de manera taxativa, la salud como derecho fundamental sino como un servicio público: "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Constitución política de Colombia, 1991). Dentro de este marco, la Ley 100 de 1993, tramitada como ley ordinaria, fijó los lineamientos políticos y estableció las instituciones y reglas para la prestación de servicios de salud dentro de una modalidad de concurrencia entre el Estado y agentes privados, cuyo énfasis ha sido más curativo y médico que orientado hacia la promoción y prevención.

A largo de más de dos décadas la jurisprudencia Constitucional avanzó en la interpretación del derecho a la salud como derecho fundamental, primero por conexidad con el derecho a la vida, luego asociado con sujetos de especial protección como los niños, los ancianos y las personas en condición de discapacidad y últimamente como derecho autónomo consagrado por la Sentencia T 760 de 2008 que unificó el pensamiento de la Corte en esta materia.

No obstante los avances jurisprudenciales, solo hasta 2012 el Congreso de la República, por iniciativa del gobierno nacional y con el apoyo de la diversas organizaciones de la sociedad civil, elevó a Ley Estatutaria el derecho

fundamental a la salud la cual, finalmente, fue declarada exequible por la Corte Constitucional en mayo de 2014. Esta ley regula el derecho fundamental a la salud y define en el Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (Sentencia C-313, 2014).

Al respecto Fernández (2014) afirma: “Esta condición fue el resultado de uno de los procesos más significativos desde el plano social en el país. En otras palabras, la salud se convirtió en un derecho fundamental a través de la práctica y la jurisprudencia, pero no por la conceptualización en la Constitución”. Adicionalmente esta Ley estatutaria establece la acción del Estado en lo referente a los Determinantes sociales de salud, como una obligación transectorial así: Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados. Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como

los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud (Sentencia C-313, 2014).)

La Corte Constitucional considera que el hecho de que Colombia sea un Estado Social de Derecho “(...) le imprime un sentido, un carácter y unos objetivos específicos a la organización estatal en su conjunto, que resulta en consecuencia, vinculante para las autoridades, quienes deberán guiar su actuación hacia el logro de los cometidos particulares propios de tal sistema: la promoción de condiciones de vida dignas para todas las personas, y la solución de las desigualdades reales que se presentan en la sociedad, con miras a instaurar un orden justo.” (Sentencia T-772 de 2003). Y lo ratifica la Ley Estatutaria de 2014 en el Artículo 20: “De la política pública en salud.

En este caso la Corte decidió, con base en su jurisprudencia que “(...) las autoridades sí tienen el deber y la potestad constitucional de adelantar políticas, programas y medidas orientadas a recuperar y preservar la salud a través acciones que promuevan la dignidad humana, precedidas de una cuidadosa evaluación de la realidad, con miras a asegurar el goce efectivo de los derechos fundamentales” (Sentencia T-291 de 2009). Garantizar el goce efectivo de los derechos fundamentales, sean estos de libertad o sociales, es un mandato constitucional que irradia el ejercicio del poder público y determina una de las funciones principales en un Estado Social de Derecho.

Bajo estos parámetros las políticas públicas cobran gran importancia al convertirse en el elemento articulador que conecta los derechos de las personas y las obligaciones del Estado, enmarcadas en los derechos fundamentales, directrices que promueven la justicia social, la dignidad humana y la equidad; factores determinantes y garantes del bienestar, calidad de vida de cada colombiano y pilares sobre los cuales los analistas y formuladores de políticas deben sustentar su quehacer conducente del “Deber

ser” de las políticas públicas al “Deber hacer” de las mismas para alcanzar el desarrollo social del país y cerrar brechas de desigualdad.

1.2.1. La salud un derecho social fundamental.

Los derechos sociales o derechos prestacionales en términos de Robert Alexy hacen referencia a la “la libertad fáctica es iusfundamentalmente relevante, no solo desde el punto de vista formal del aseguramiento de las cosas especialmente importantes, sino también desde las perspectivas materiales” (Alexy, 2007, p 449) en este sentido los derechos “a algo” se realizarán en el quehacer del Estado en la provisión de bienes y servicios sociales, económicos y culturales para que los titulares alcancen la libertad de acciones y alternativas de acciones que razonablemente puedan esperar (Ocampo, 2012).

En el campo de la filosofía política, los aportes teóricos de Amartya Sen deben entenderse en el mismo sentido. En su libro titulado Desarrollo y Libertad (2000), postula que *las libertades civiles y políticas son importantes por sí mismas y no requieren ser justificadas con base en argumentaciones de tipo económico*; en cambio, la utilidad de la riqueza y otros bienes radica “**en las cosas que nos permite hacer, es decir en las libertades fundamentales que nos permite conseguir**”. (Ibídem, p, 30).

Tanto las libertades civiles y políticas, como las oportunidades que la sociedad ofrece desde el punto de vista socio-económico, son fundamentales para realizar la libertad total de las personas, para aumentar las oportunidades de la persona para alcanzar resultados valiosos que “tiene razones para valorar”, y para mejorar su capacidad de agencia en función de sus propios valores y objetivos y los de los demás. Continúa señalando que “**la libertad es un producto social**” que existe una relación de doble sentido entre los mecanismos sociales para expandir las libertades individuales y el uso de las libertades por parte de las personas, para mejorar sus propias vidas y para conseguir que los mecanismos sociales sean mejores y más efectivos.(ibídem, p,49) .

“Los derechos sociales pueden conectarse, desde el punto de vista de la igualdad formal, a los derechos civiles y políticos que incluirían el derecho a no ser discriminado de manera arbitraria, el ejercicio de la libertad de expresión, el derecho de asociación o la libertad ideológica y desde la igualdad sustancial, comprendería el derecho a las condiciones materiales que permiten ese ejercicio, así como la eliminación de los obstáculos que lo impidan” (Ibídem, p,46). Así las cosas, **igualdad y libertad serían razones fundacionales de los derechos sociales** (Ocampo, 2012).

Con base en la protección a la salud, como obligación del Estado se establecen los derechos sociales fundamentales, cuya realización son propósitos colectivos, que supera el criterio de optimización y hace referencia a los procesos complejos que exigen la consideración de cuatro planos distintos y complementarios, como lo señala Ocampo (2012): “un plano ético-normativo, que se enmarca en los paradigmas de la filosofía política y el derecho, un plano político, que se desarrolla en el análisis, formulación y evaluación de políticas públicas, un plano fáctico, afín a la economía política, en el que la disponibilidad de los recursos humanos, materiales y de información, así como su organización y funcionamiento son indispensables, y finalmente, un plano transversal en el que los ciudadanos, actores sociales y sujetos de derechos, sus relaciones, expectativas y sistemas de valores, fungen como legitimadores de la relación Estado-sociedad, cuya reflexión aborda la sociología”.

Para mayor claridad Ocampo, después de un estudio sobre la teoría de los derechos define: “Los derechos sociales fundamentales son derechos de las personas a la prestación de bienes y servicios cuyo objetivo es satisfacer necesidades humanas esenciales, consagrados como derechos universales por normas positivas o por decisiones judiciales, cuya finalidad es servir como garantía fáctica de la igualdad y la libertad jurídica” (Ocampo, 2012, p.39)

La realización de los derechos sociales debe superar el deseo y voluntad de los ciudadanos y lograr acciones concretas que garanticen su efectividad, para convertir el discurso en hechos, avanzar más allá del discurso ideológico

y superar los obstáculos estructurales, normativos y fácticos que conviene removerse y dar un giro argumentativo que facilite el cambio de comportamiento de los actores de la política y se establezca la coherencia entre problemas y soluciones. Cabe resaltar que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en la Observación general No.14, establece el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y define **“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”** (artículo 12, Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, Naciones Unidas 2000).

Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente y cuya realización y efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. El derecho a la salud abarca componentes aplicables en virtud de la ley y la Constitución colombiana de 1991, es el mecanismo más importante para establecer la responsabilidad que tiene el Estado sobre la salud de las personas y el saneamiento ambiental, cuyas acciones y decisiones están a cargo del Estado para garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y ejercer el control y la vigilancia sobre las entidades privadas que prestan el servicio público de la salud.

La equidad en salud es el componente de la filosofía política que permite comprender la justicia social, factor determinante del progreso de una población, brinda una perspectiva ampliada y multidimensional de salud para contribuir en la calidad de vida y bienestar de las personas (Vega, R, 2009). **La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental para la formación eficiente de las**

posibilidades humanas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables, ni mortalidad prematura (Sen, 2001).

La equidad en la realización y distribución de la salud debe quedar incorporada al concepto más amplio de la justicia para abordarse desde una visión amplia que incorpore elementos de la distribución económica, las creencias, los valores, los factores culturales, parámetros distintos, como las discapacidades personales, la propensión individual a la enfermedad, los riesgos epidemiológicos de cada región en particular, la influencia de las variaciones climáticas, etc y los acuerdos sociales; elementos fundamentales que deben reflejarse en las políticas públicas para centrar la importancia del papel de la salud en la vida y la libertad humanas, como lo señala Sen ***“La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social”*** (Sen, 2000) pero sobre todo en la formulación, implementación y análisis de las políticas públicas.

Una buena teoría de la equidad en salud tiene que darle a los factores anteriormente mencionados un valor preponderante en el análisis y formulación de políticas públicas adecuado que permita distinguir entre la igualdad en los logros de salud, correspondiente a las posibilidades y libertades y la igualdad en la distribución de los recursos sanitarios (Sen, 2001). Esta distinción es importante en las situaciones referentes al logro de la salud y marca una buena guía para establecer las prioridades a la buena salud cuando es realmente viable la oportunidad de elegir, como lo señala Sen, *“hasta el tabaquismo y otros comportamientos adictivos pueden ser vistos como una falta de libertad”*, lo cual reitera que **la equidad en salud va más allá de atención sanitaria y voluntades políticas, para concentrarse en un concepto amplio de salud y acciones concretas que viabilicen las políticas públicas.**

El propósito de las políticas sociales, es combatir las inequidades en salud de los ciudadanos que pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud, evitar un estado de enfermedad por causas prevenibles y promover la calidad de vida a través de la promoción de la salud cuya repercusión debe

reflejarse en mayor justicia social, lo cual debe llevar a resolver las causas estructurales de la mala salud de los ciudadanos que reproducen las inequidades de salud de los países.

Las inequidades sanitarias están socialmente determinadas, al respecto el Informe de la Comisión de determinantes sociales de la OMS del 2008, enfatiza en la posibilidad y necesidad de su corrección actuando en el ámbito internacional, nacional y local mediante la acción combinada de los gobiernos y la sociedad civil para desarrollar un enfoque nuevo del crecimiento económico que incluya políticas sociales proequidad y políticas de salud, que se refieran no solo a la atención en salud, sino también que coadyuven a la acción de otros sectores, base de los determinantes sociales de salud.

Desde esta perspectiva la salud es un concepto amplio y complejo que requiere ser estudiado desde diferentes enfoques con el fin de comprender su importancia para el desarrollo humano y social y garantizar el derecho fundamental, cimentado en principios de bienestar y calidad de vida de los ciudadanos a través de la planeación y realización de políticas públicas que solucionen problemas de salud pública, en especial prevenir aquellas que son fácilmente evitables como las Enfermedades crónicas no transmisibles, ENT, cuyo panorama actual es desalentador y requiere de acciones concretas que contribuyan a prevenir lo evitable, es decir a combatir el incremento de defunciones, enfermedades o discapacidades por causas que se pueden evitar. Vista la salud desde esta perspectiva, se convierte en un reto importante para el Estado, la sociedad y los individuos, actuar en corresponsabilidad para convertir la salud en elemento clave de la justicia social y de las acciones públicas destinadas a mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas.

Después de muchos años de pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre la naturaleza del derecho a la salud como derecho fundamental, primero por conexidad y más adelante como derecho autónomo, finalmente el Congreso de la República por iniciativa del gobierno nacional otorgó carácter legal a este derecho, mediante la aprobación de la **Ley Estatutaria de Salud**,

que fue declarada exequible por la Corte Constitucional en mayo de 2014. Esta ley regula el derecho fundamental a la salud y dicta otras disposiciones que para los propósitos de este trabajo resalta la obligación del Estado para: *Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.*

En cumplimiento de los derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política: Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud (Sentencia C- 313, 2014).

Es así como .el Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud (Artículo 20, Sentencia C- 313, 2014).

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

1.2.2. El derecho a la salud en el marco normativo internacional.

La salud es el eje de este trabajo y su concepto formal amplio e integral está dado por la OMS, quien lo define como “**El estado de completo** bienestar físico, mental y social **que tiene una persona**”. Sus componentes constitutivos son: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo, alimentación, y la perspectiva biológica y social, relaciones familiares, relación

con el entorno y los hábitos. La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad (OMS, 2010). Con el fin de promover este concepto en las naciones del mundo la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

El derecho a la salud obliga a los Estados a crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible (OMS, 1946) y para tal fin los Estados han construido un amplio marco normativo que brinda las directrices a las naciones y gobiernos para que tomen decisiones y acciones políticas coherentes para la promoción de la salud y garantía de los derechos fundamentales de la salud para sus ciudadanos. Cuyo marco normativo que evidencia los aspectos relevantes del derecho a la salud se presentan en el cuadro síntesis del anexo D correspondientes al primer capítulo.

1.3 ENFOQUES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

El concepto de políticas públicas permite el análisis de las unidades de estudio del presente trabajo para abordar el problema de salud y la estrategia de educación orientada a la formación de estilos de vida saludables. Para tal fin se plantean definiciones de política pública que los diferentes autores han desarrollado y se brindan elementos para el análisis del problema público y la manera de dar solución en búsqueda de contribuir a la realización del bienestar de los ciudadanos.

La tradicional definición de Thoening y Many, “la política pública es la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad” (Meny y Thoening, 1992). Esta definición la complementa André –Noël Roth, al definirla como “*un conjunto formado por objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados por lo menos por una institución o entidad gubernamental con la finalidad de orientar las acciones*

de actores individuales colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (Roth, 2009, p27). Aunque más ampliada en sus propósitos y actores deja un poco vago el proceso de las acciones. Por lo tanto es importante revisar la definición de política pública que hace Pierre Muller: “es un proceso de mediación social, en la medida en que el objeto de cada política pública es tomar a cargo los desajustes que pueden ocurrir entre un sector y otros, o aun, entre un sector y la sociedad global”.

Las definiciones anteriores aportan elementos fundamentales para la concepción de política pública, siendo los más relevantes: percepción de un problema público, procesos de decisión, acción para la solución del problema público, el papel de la autoridad pública y un factor determinante de toda política, la legitimidad, factor que articula estos elementos y se encuentra en la definición propuesta y ampliada por Ocampo, quien define las políticas públicas como **“Conjunto sistemático de propuestas, decisiones y acciones, que desarrollan estrategias y asignan recursos para la solución de problemas públicos con el objeto de alcanzar un proyecto político que pueda ser aceptado como legítimo por los ciudadanos”** (Ocampo, 2012. p.213).

La autora enfatiza en la política pública como un cuerpo coherente e intencional de propuestas, decisiones y acciones conectadas entre sí para alcanzar propósitos estratégicos del Estado y la sociedad. Afirma Ocampo, *“si bien las políticas públicas implican un quehacer táctico y operacional, como diría Matos (1989), requieren procesos de planificación como: el cálculo que precede y preside la acción y permitan conectar el presente con el futuro, el conocimiento con la acción y lo particular con lo general”* (op. cit). La definición de Ocampo, enfatiza en el propósito de las políticas públicas, las cuales orientan a la acción, como un medio que busca promover oportunidades viables a los ciudadanos para realizar sus derechos.

Es claro el papel de las políticas públicas en general y el de la política social en particular, cuya finalidad debe ser el eje articulador entre los sujetos de derechos y la realización de sus derechos, garantes de una calidad de vida

digna de los ciudadanos que superen la poca efectividad de las tradicionales políticas públicas, que se han convertido en normas de papel que pretenden cambiar “mágicamente” una situación problemática de la sociedad.

La realización de los derechos sociales fundamentales que se han planteado anteriormente deben ser eje de toda acción de la política social orientada al logro de la equidad, la cual, de acuerdo con Cohen y Franco (2006), implica tres funciones: **La creación de capital humano, la compensación social y la cohesión social**, esto es viable a través del papel fundamental de la **Educación, como elemento facilitador del desarrollo económico, social e integral de los individuos para la superación de inequidades**, cuyo concepto amplio corresponde a la “reproducción simbólica” de la sociedad, a través de los aprendizaje de ideas, valores y creencias que forman parte de cada cultura”. **La educación y la salud son la base del desarrollo social y económico de las naciones y deben ser abordadas y promovidas de manera conjunta**, solo se garantiza justicia social si las están presentes en todo proceso que geste un cambio y dinamice a la sociedad (Ocampo, 2012).

El desarrollo social y económico depende de la importancia que se dé a la creación de capital humano, “puede tener un origen innato o adquirido. El capital humano innato comprende aptitudes de tipo físico e intelectual, que pueden verse modificadas debido a las condiciones de alimentación y salud. El capital humano adquirido se irá constituyendo a lo largo de la vida de los sujetos, a través de la educación y de la experiencia acumulada” (CEPAL, 2006) Con base en este concepto debe entenderse como el desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades, determinados por la educación, la salud y la formación de estilos de vida saludables que alcanza una persona en el transcurso de su vida.

Los autores en mención hacen referencia a la cohesión social, entendida como la integración de la población alrededor de patrones de conducta y propósitos culturales comunes en una sociedad que ofrece “la estructura de oportunidades para alcanzar metas y desarrollar la formación de capacidades individuales para aprovecharlas” (Cohen y Franco, 2006). Este es el factor que

materializa la creación de capital humano y capital social en pro del desarrollo económico y social que genere grandes impactos en la salud, la educación, el progreso y en general en vida de la sociedad para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Finalmente, es necesario abordar el concepto de bienestar como finalidad de la política pública y para ello es pertinente partir de la definición de la OMS, como *las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida de las personas y ayuda a llegar a un estado de salud óptima*. Es aquel proceso activo dirigido a mejorar un estilo de vida en todas sus dimensiones (Donatell, p.7, citado por Lopategui, 2001).

El bienestar como objetivo de la política pública debe entenderse como un “proceso sostenido de desarrollo basado en las libertades y capacidades” (Sen, 2000). Es evidente que “tener” no es garantía de bienestar del “ser”. Esta concepción de bienestar del “ser” deben facilitar la formación y educación como fuentes de agencia de las capacidades del ciudadano con el Estado y la sociedad para gozar de la condición de vida digna que permita “vivir en un escenarios social, económico y político cuyo principio fundante garantice la realización de las aspiraciones de toda persona como sujeto social” (Bautista, J. 2013).

Con base en este concepto amplio de bienestar y política pública se pretende analizar los enfoques de política implementados en aras de atender el problema de salud pública que contribuya a la solución desde la prevención de factores de riesgo y la promoción de la salud para obtener una calidad de vida digna de los ciudadanos, que combata las inequidades y promueva los derechos.

1.3.1 Enfoque de derechos.

El Enfoque de derechos, planteado por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, realizada en 1993, (ONU, 1993) estableció que los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí; su realización debe darse en igualdad de oportunidades

y es deber del Estado promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (ibidem). A partir de esta declaración el enfoque ha cobrado gran importancia hasta convertirse en el pilar de muchas políticas públicas al concebirse como *“una nueva perspectiva sobre la manera de lograr la materialización de los derechos y elevar la dignidad humana; esto explica su cercanía con los procesos de desarrollo socioeconómico y humano”* (Jiménez, 2007).

Este enfoque es el soporte del diseño, implementación y evaluación de diversas políticas públicas, que brinda una mirada diferente de los derechos humanos, cuyo elemento esencial es la persona, como un ser integral, interdependiente y complementaria, superando de este modo, la visión tradicional de generaciones de derechos y la asimilación de los derechos fundamentales únicamente con los derechos humanos de primera generación. Lo cual lleva a incorporar nuevos actores en el proceso, hay “sujetos de derechos” y por ende hay “sujetos de obligaciones”, lo cual modifica la tradicional dinámica entre Estado - sociedad y establece una nueva relación de corresponsabilidad en la toma de decisiones que afectan el diseño e implementación de las políticas públicas en los diferentes órdenes que involucran a los ciudadanos, dando espacio a una nueva acción social y política con actores participativos.

Este enfoque enfatiza en la materialización real de los derechos de los ciudadanos mediante la adopción de políticas públicas con amplia participación de la sociedad civil; es así como los derechos humanos se convierten en el referente y fin último para las políticas públicas y éstas a su vez, en el medio idóneo para su realización (Jiménez, 2007). Bajo esta mirada el enfoque de derechos se convierte en una guía de acción, una hoja de ruta para los hacedores de políticas cuya acción e intervención se concrete en diferentes planes y programas de desarrollo económico y social.

Es evidente que desde la perspectiva de los derechos humanos, la equidad busca superar la fuerza normativa, basada en principios de amplia aceptación en el ámbito mundial, pero “no bastan las normas”. En el enfoque de derechos

que propone Dworkin (1993) es necesario avanzar sobre principios, normas y directrices. Afirma Ocampo (2012) "las directrices hacen referencia a objetivos sociales que se deben alcanzar y que se consideran socialmente beneficiosos, y los principios hacen referencia a la justicia y la equidad", son el punto de partida para comprender el papel de las políticas sociales, como políticas públicas. (Ocampo, 2012)

Finalmente las políticas públicas con enfoque en derechos humanos tienen una aspiración humana que cubra las condiciones necesarias propias de la dignidad de las personas y así transforma una "razón de Estado" a una "razón humana", en cuanto a la concepción de los derechos humanos (Roth, 2006). Este enfoque plantea elementos fundamentales de las políticas públicas orientadas a la construcción de una sociedad más justa para los sujetos de derechos en aras de una vida digna; busca facilitar la coherencia entre la propuesta normativa y la realización efectiva, a través de la participación de los diversos actores y procesos sociales.

1.3.2. Enfoque de Determinantes Sociales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, en el año 2000 llamó la atención sobre la formulación de políticas sanitarias y presentó el modelo de determinantes sociales de Lalonde, que concibe la salud como el resultado de cuatro determinantes: la biología humana, el estilo de vida, el ambiente y el cuidado de la salud y puso en marcha en 2005 la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, con el fin de establecer medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promovió el movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. Este enfoque reevalúa las políticas sociales y económicas nacionales, de tal forma que mitiguen las disparidades socioeconómicas es decir, que combatan la estratificación social, se dé mayor relevancia al contexto social en el diseño y formulación de las mismas, con el fin de responder de manera diferencial, pero no excluyente a las condiciones objetivas de vida de las personas y los grupos poblacionales, que brinde

igualdad de oportunidades sociales a los ciudadanos y se disminuya la inequidad.

El derecho a la salud es un punto de partida para abordar los determinantes sociales que influyen positiva o negativamente en la condición de salud de las poblaciones. Por tal motivo debe ser prioridad de toda política pública actuar sobre los determinantes sociales en pro de la salud, con un enfoque holístico, ya que ésta se ve afectada por diversos factores sociales, económicos, ambientales y políticos, que no dependen exclusivamente del sector salud. Al verse afectada por tanto factores, se presentan desigualdades, injusticias sociales e inequidades que afectan la salud, el bienestar y la calidad de vida de las comunidades. Por ello es prioritario implementar una estrategia efectiva que facilite la gestión articulada desde los diferentes sectores para combatir las injusticias sociales y cerrar las brechas de inequidad en salud, a través de la atención y acceso universal a los servicios, la gestión intersectorial, la participación comunitaria y el empoderamiento.

Comprender la salud como un derecho fundamental, es la base para promover el ejercicio de los demás derechos humanos. En este sentido el derecho a la salud debe entenderse como “un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, entre ellos la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano” (2005, OMS, Comisión de determinantes sociales de la salud).

Con base en el paradigma de los determinantes sociales de salud, definidos como “*Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud*” (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2005), se debe el enfoque desde el cual los Estados diseñan, implementan y analizan las políticas sociales y económicas que sustentan los actuales sistemas de protección social en salud, con el fin de responder a los problemas de inequidad, que afectan la salud de millones de ciudadanos.

Las políticas sociales en el enfoque de determinantes sociales deben generar cambios estructurales que lleven al fortalecimiento de la sociedad civil, en aras de una vida digna, con condiciones de saneamiento básicas, participación democrática y acceso a los servicios de salud y educación oportunos y de calidad. Superando el simple reconocimiento de la multicausalidad del proceso salud enfermedad y se convierta en el requisito para su comprensión y solución como garante de la materialización de los derechos. Al respecto, cabe preguntar, ¿en qué se basan los decisores de políticas públicas para establecer las directrices que orientan las acciones de los diferentes actores de la sociedad para que ejecuten dichas políticas, sino se aborda de manera holística la problemática?

1.3.3. Enfoque de capacidades.

Martha Nussbaum presenta una nueva perspectiva de desarrollo humano que ha alcanzado aceptación como un nuevo paradigma para formuladores y gestores de las políticas públicas. Este modelo enfatiza en el **fomento de capacidades** que favorezcan **el bienestar y la calidad de vida digna** de todas las personas que se verán afectadas por las decisiones políticas y establece una sólida base teórica de la justicia social básica. Su planteamiento se centra en las capacidades, diferenciadas por la autora en capacidades internas como aquellas que no son innatas y las capacidades combinadas. Las primeras se refieren a aquellas aptitudes desarrolladas por la persona en interacción con su medio social, su educación, su salud y su entorno en general. Las segundas hacen referencia a las oportunidades que ese mismo medio social pone a disposición de la persona para hacer valer las primeras.

Para Nussbaum existe una diferencia entre unas políticas públicas orientadas a cuidar y proteger a las personas y otras que pretendan respetar y proteger la libertad de elección. Las primeras suelen considerar a las personas como dependientes pasivas, mientras que las segundas las consideran como seres humanos independientes merecedores de respeto por sus decisiones para promover un buen vivir en donde se desarrollen sus capacidades y libertades,

como lo señala Sen y Nussbaum, al plantear el enfoque de las capacidades dentro del contexto narrativo de las vidas humanas, para que los formuladores y analistas de políticas acudan a una alternativa de decisión que vincule la individualidad y singularidad y por ende la dignidad de las personas a quienes afecte una decisión política con el fin de establecer una sólida base a una teoría de la justicia social.

El enfoque de las capacidades es cada vez más influyente en los diseñadores de políticas públicas cuyo propósito es elaborar intervenciones relevantes que muestren respeto por las personas y las empoderen. Éste plantea una pregunta fundamental, ¿qué es capaz de hacer y de ser cada persona? y busca mejorar la calidad de vida a través de decisiones políticas inteligentes que permitan la participación dedicada y decidida de los individuos. Este enfoque de capacidades amplía la visión de desarrollo social y económico que no centra su interés en el PIB, dado que este no garantiza el goce pleno de los derechos de salud, educación, ni calidad de vida con bienestar, este enfoque “es la contrateoría que necesitamos en esta era de problemas humanos acuciantes y de desigualdades injustificables” (Nussbaum, 2012, p.16).

El enfoque de capacidades propuesto por Nussbaum es una propuesta liberal desde el punto de vista político y se basa dos pilares: **la calidad de vida de las personas** y la **justicia social**, las cuales sustentan su propuesta teórica en diez capacidades centrales que deben ser los principios básico de cualquier política pública que busca la justicia social basado en la dignidad humana en todo gobierno democrático. Lo mínimo y esencial que se exige de una vida digna se debe reflejar en las diez “Capacidades centrales” que se le debe proveer a los ciudadanos (Nusbaum, 2012, p. 53), Ver anexo E.

Cabe resaltar para efectos del eje del presente estudio, las dos primeras capacidades que plantea la autora, sin querer restar importancia a las demás, pues todas ellas juntas contribuyen a la construcción de justicia social. En lo referente a las capacidades centrales de **Vida y Salud física**, son estos los pilares de los derechos sociales fundamentales, sin la vida y la salud física no

es posible realizar los demás derechos, por lo tanto estas capacidades que plantea la autora deben ser transversales a toda política pública que favorezca una vida digna y garantice calidad de vida:

1. *Vida. Poder vivir hasta el término de una vida humana normal. No morir prematuramente o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.*
2. *Salud Física. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva, recibir una alimentación adecuada, disponer de un lugar adecuado para vivir.*

Las capacidades centrales pretenden ser los principios políticos básicos fundamentales para estructurar tanto el derecho constitucional, como las políticas públicas de un Estado o comunidad de naciones que aspiren a la justicia social. Su eje principal es la dignidad humana (Nussbaum, 2012). Este enfoque se basen dos componentes, el **político y el ético** dirigido por un interés real para personas reales, cuyo propósito es el bienestar social basado en términos de capacidades y de libertades como capacidades para hacer o ser y obtener una vida digna y de calidad.

De nada vale pregonar derechos y normas en abstracto si no se les facilitan a los ciudadanos los medios y condiciones para que ejerzan libremente sus capacidades, por lo tanto el propósito político de este enfoque busca crear un ambiente propicio para que las personas disfruten de una vida digna, de calidad, prolongada, saludable y con bienestar. Esto es posible a través del principal agente transformador, facilitador del desarrollo social y creador de capacidades llamado **educación**, abordada desde un concepto amplio, como el planteado por Ocampo “**reproducción simbólica**” de la sociedad, a través de los aprendizajes de ideas, valores y creencias que forman parte de cada cultura a las personas desde temprana edad y les permita ser y hacer en su vida digna” (Ocampo, 2012)

1.3.4 La promoción de la salud y el enfoque de derechos y capacidades.

La salud de la población es un tema presente y transversal a las políticas públicas del país, cuyo discurso en muchos casos se centra en la promoción de la salud de las comunidades como fin de las diversas acciones bien

intencionadas. Sin embargo, la realidad de las condiciones de salud de los colombianos muestra un panorama diferente al promulgado y muy desalentador, como lo demuestran los resultados que dejan en evidencia la falta de promoción de la salud que no favorece la garantía del derecho a estar sano y tener una vida digna y de calidad.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define la **promoción de la salud** como “el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su calidad de vida y de salud, incluso un mayor control sobre ese proceso” (Recuperado Mayo 7 de 2014 de <http://www.paho.org/hpd/index.php>). Se resalta la importancia de implementar la Atención primaria en salud como lo establece la carta de Ottawa en 1986, a través de cinco aspectos centrales: la elaboración de políticas públicas saludables; la creación de ambientes favorables para la salud; el empoderamiento comunitario; el desarrollo de habilidades personales y la reorientación del sistema de salud, que alude a una concepción global e intersectorial de salud.

Este concepto es coherente y clave dentro de los enfoques de políticas de salud, en el que hace referencia a los determinantes sociales de salud, al poner en práctica acciones participativas de los individuos para convertirlos en agentes activos de su salud individual y promotores de la salud colectiva en la comunidad a través de la planificación, la ejecución, la evaluación y el mantenimiento de las intervenciones, las políticas y las condiciones que fomentan la salud.

El trabajo de promoción de la salud propone que las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboren para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos a través del fomento de capacidades y oportunidades viables para facilitar cambios en el entorno que promuevan y protejan la salud individual y colectiva. La finalidad de la promoción de la salud se basa en tres aspectos centrales:

- *Mejorar la salud de la población en todos los ciclos vitales y la motivación por el desarrollo de la autotomía.*
- *Implementar políticas de salud que respondan a las necesidades de las comunidades.*

- *Fortalecer los sistemas de salud que centre sus acciones en las personas a través de acciones que promuevan la alimentación sana, la actividad física diaria y combatan el consumo de tabaco y alcohol, acciones que promuevan un estilo de vida saludable en la población.*

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención en las comunidades para promover la salud individual y colectiva a través de acciones concretas y afirma: *"La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que cada persona se brinda a sí misma y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud."* (Recuperado el 8 de mayo de 2014 en <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>)

Los estilos de vida son factores determinantes del estado de salud de un individuo y deben ser promovidos en diferentes escenarios colectivos para ser aprendidos, adquiridos e incorporados a los comportamientos deseados de las personas y se conviertan en agentes activos del cuidado de su salud (Cobo, R, et all. 1999). Para tal fin, la educación es importante debido a la capacidad que tiene para generar cambios favorables en el comportamiento de las personas y optar por una vida saludable, de calidad y bienestar.

La promoción de la salud hacia un estilo de vida saludable, hace referencia al desarrollo de los patrones de vida sanos, afirma Sigerest (1945) "la salud se promueve dando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, alimentación saludables, actividad física y mecanismos para el descanso y la recreación". Cuyo propósito es garantizar el derecho a la salud y el derecho a estar sano de todo ciudadano a través del **autocuidado**, definido como *"las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a*

las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece” (Kickbush, I. 1996 OPS).

Esta definición tiene el propósito de crear capacidades en las personas y sus comunidades para establecer la corresponsabilidad del derecho a la salud como una labor conjunta entre individuo, sociedad y Estado en búsqueda del bienestar integral y del desarrollo humano a través del autocuidado; práctica que convierte en sujetos activos dentro de la cotidianidad, a través de decisiones concretas y voluntarias a favor del bienestar propio. El autocuidado requiere conocimiento y elaboración de un saber con un propósito que dé lugar a la **capacidad de agencia**¹ de la propia salud para controlar o evitar la presencia de factores que pongan en riesgo el estado de bienestar y calidad de vida de las personas.

1.4 MARCO DE ANÁLISIS DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DESDE EL ENFOQUE DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA SITUACIONAL PES

Las acciones del Estado requieren de planeación para dar solución a los problemas de los ciudadanos; utiliza recursos políticos, administrativos, materiales, humanos y de información para incidir en los factores endógenos y exógenos que generan tales problemas. Diversos enfoques de políticas públicas ofrecen instrumentos conceptuales y metodológicos para describir y comprender de estos procesos; no obstante para los propósitos de este trabajo se eligió el **enfoque de planificación estratégica situacional**², PES, como su nombre lo indica es una metodología de planeación más que de

¹La capacidad de agencia desde la concepción de Sen, se entiende como la posibilidad de elección y proceso de acción de los individuos para escoger y lograr aquello que consideran valioso para sus propias vidas en el marco de sociedades democráticas. Esta capacidad se basa en factores determinantes de autonomía y autorrealización de cada persona y elementos culturales como los valores y las creencias, además de recursos externos que permitan hacer efectiva su capacidad de agencia.

² El Enfoque de planeación estratégica situacional, PES, surge como una crítica a la falta de eficiencia de planificación normativa tradicional con una vasta fundamentación alternativa a la que nominó Plan Estratificación Estratégica Situacional, PES, fue diseñada por Carlos Matus, economista chileno, que ocupó varios cargos en Organismos Internacionales del ámbito de la planificación económica y social; ex - Ministro de Economía y Presidente del Banco Central de su país, egresado de la Escuela de Administración Pública de la Universidad de Harvard.

análisis de políticas públicas. Aporta un sólido marco teórico y una metodología de análisis muy coherente que supera las limitaciones de los enfoques descriptivos, ya superado de los ciclos de las políticas públicas y sus posteriores desarrollos.

El enfoque PES, se complementa con la aplicación del procesamiento de problemas, diseño de soluciones y construcción de su viabilidad (Matus, 1987), proceso que se constituye en parte importante de la **capacidad de gobierno** de un actor. Definida por Matus como “el acervo de técnicas, métodos, destrezas y habilidades con que cuenta un actor para realizar su proyecto de gobierno”. El uso que Matus hace del concepto gobierno se refiere no sólo al gobierno ejercido desde las instituciones político-administrativas del Estado, sino también a la red de gobiernos circunscritos a diversos ámbitos específicos.

La PES, parte de un problema, definido por Matus como la expresión de una insatisfacción de la realidad presente entorno a la expectativas futuras y ese malestar se presenta como un problema cuando un actor lo declara evitable y lo incluye en su agenda para planificar acciones que busquen su solución (Matus, 1986).

Una vez definido el problema es posible implementar el Enfoque PES, basado en los cuatro momentos situacionales, entendidos como “situaciones complejas con dimensiones espacio-temporales-relacionales entre muy diversos actores sociales, estatales o privados, con sus percepciones, valores e intereses, todos ellos con capacidades reales de modificar los cursos posibles de acción” (Matus, 1987)

Momento Explicativo: Explica la realidad tal y como es, incluye un diagnóstico y la elaboración de hipótesis acerca de los posibles factores causales que determinaron esa situación y hace un esfuerzo predictivo acerca de cómo podría ser el curso de los acontecimientos con la intervención política o administrativa. El diagnóstico y la explicación situacional son una interacción entre varios actores sociales. En este momento se seleccionan los problemas

relevantes e identifican los aspectos críticos, los cuales se valoran para actuar eficazmente.

Momento Normativo: El actor que planifica y diseña el “debe ser” de la solución al problema, hace énfasis en la eficacia direccional de sus operaciones para alcanzar la situación objetivo, definida por Matus como “*el efecto o impacto de aquella situación que se quiere alcanzar con el desarrollo del plan de acción*”. Este momento coincide en algunos aspectos con el enfoque de ciclos de política pública denominado el ciclo de formulación; no obstante, el enfoque PES avanza al incorporar el esfuerzo predictivo (en sentido epistemológico) conseguido a partir del momento explicativo. Es decir, la formulación de la política se deriva del análisis de causalidad del problema.

Momento Estratégico: El actor que planifica busca la construcción de la viabilidad del diseño normativo. Matus define viabilidad como “la posibilidad de que una operación decidida se ejecute y mantenga”. El actor que planifica debe calcular y superar los obstáculos que se oponen al cumplimiento de los objetivos. Dichos obstáculos se originan por limitaciones de poder político, de recursos económicos y de capacidades organizativas e institucionales. En este momento *se articula el “Deber ser” de las políticas públicas con el “Deber hacer” de las mismas.*

Sin duda, el principal aporte del modelo está en el desarrollo de este momento que busca la construcción de viabilidades, mediante la aplicación fáctica de recursos y procesos de concertación o de confrontación entre diferentes actores relevantes. Se destaca que no basta la capacidad de decisión normativa o política; es indispensable que los efectos de tal decisión puedan mantenerse a lo largo del tiempo hasta cuando se resuelva la resolución del problema público objeto de intervención.

Momento táctico – operacional: Su finalidad es orientar los pasos sucesivos y evaluarlos con relación a la situación – objetivo. Este momento es el del Hacer y supone cuatro sub – momentos establecidos por Matus como: la apreciación de la situación en la coyuntura, la pre evaluación de las

decisiones posibles, la toma de decisión y ejecución y la post evaluación de las decisiones tomadas con la apreciación de la nueva situación.

Para efectos del análisis del presente trabajo se hará énfasis en los momentos **estratégico y táctico – operacional**, y las siguientes categorías: Percepción del problema, Capacidad de decisión, Capacidad de agencia y Capacidad de sostenibilidad. Pensar en estos factores determinantes de viabilidad de las políticas públicas, requieren articular el "debe ser" con el "puede ser" y el "Hacer". No basta con disponer de un buen diseño normativo y prescriptivo del plan. Se necesita, además, una buena estrategia para establecer la viabilidad a las decisiones.

Para el análisis de la política pública objeto de estudio del presente trabajo se abordaron las viabilidades básicas que permitieron valorar el proceso de implementación:

- **Viabilidad política**

Se refiere a la administración del poder a fin de aplicarlo eficazmente en la consecución de los objetivos y establecer fuerzas sociales que contribuyan a la ejecución de la política en la situación concreta (Matus, 1987). La viabilidad política hace referencia al proyecto político que enmarca las acciones con capacidad de decisión, operación y permanencia. Es decir hay viabilidad política si es posible decidir sobre su producción, si es posible hacer que se ejecute en la realidad y sea sostenible con el fin de combatir la situación indeseada o el problema público.

- **Viabilidad económica**

La viabilidad económica apunta a la escasez de recursos económicos y financieros, al fin de acrecentarlos hasta alcanzar los requerimientos de la situación objetivo o a las relaciones de fuerza que puedan lograrse en el horizonte de tiempo que dure la política" (Matus, 1987). Este criterio corresponde a la capacidad de dinero que haga sostenible en el tiempo la implementación de la política pública, con el fin de brindar los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios en el contexto y tiempo real.

- **Viabilidad organizativa- administrativa**

Concierno a las “capacidades institucionales del sistema general de implementación y a las capacidades de gestión particular de los actores, las instituciones en el proceso de producción social” (Matus, 1987). Este criterio requiere de la capacidad de los actores sociales que desarrollen las acciones de la política pública con funciones definidas y posibilidad de organizarse para operar estrategias de cooperación que beneficien la acción concertada y se lleve al desarrollo y gestión del plan trazado.

El enfoque PES requiere del análisis de la estrategia entre actores que acatan el marco institucional y dan lugar a decisiones y acciones que constituyen la política pública cuyos elementos propuestos por el autor son:

- a. **Percepción del problema público:** Situación socialmente indeseada. Hace referencia a la existencia de demandas sociales a partir de la insatisfacción ante una situación que se constituye como problemática (Eslava, 2012)
- b. **Grupo objetivo:** Población objeto de intervención, se constituyen como el sector social específico que en atención a la mencionada situación de insatisfacción, ha de ser el objeto de intervención (Ibidem)
- c. **Coherencia:** Coordinación para el cambio social. La coherencia que debe caracterizar las interdependencias entre los distintos involucrados y que en el marco de la gobernanza, implica la participación activa en presencia de mecanismos de cooperación y coordinación de los actores sociales, privados y públicos en función de la solución del problema específico
- d. **Conjunto de decisiones y acciones:** Supera la noción de decisión única. El conjunto de decisiones y acciones que luego de una deliberación amplia de alternativa de solución dan lugar al diseño de una política pública.
- e. **Programa de intervención:** Conjunto de decisiones de aplicación que ha de ser la materialización de las decisiones y acciones previamente aceptadas. Este elemento hace referencia a la aplicación concreta de lo decidido a través de las distintas formas contempladas en el diseño de la política pública (op. cit).

- f. **Actores públicos:** Actores integrados al sistema político administrativo o actores privados con legitimidad para representar intereses colectivos (ibidem)
- g. **Actos formales:** Son las acciones que efectivamente se llevan a cabo y dan sentido a las posibles omisiones deliberadas (Ibidem)
- h. **Naturaleza obligatoria:** Hace alusión a la presencia de incentivos que motiven su aceptación y cumplimiento de manera voluntaria y también reconoce la necesidad de contar con la posibilidad de coerción para obtener el cambio de conducta establecido como causa de la problemática social.

1.4.1 Categorías de análisis.

Una vez establecidos los elementos de análisis de la política pública se hace necesario comprender su viabilidad en los diferentes niveles de implementación que evidencia la capacidad institucional y las categorías de análisis que se establecieron para evaluar la implementación en las comunidades educativas.

- **Percepción del problema público**

El concepto de problema público entendido como “realidad indeseable susceptible de ser modificada, que afecta un asunto público” (Ocampo, 2012. p. 63), es un elemento central de las políticas públicas que surge al establecer una situación social como un problema público, parte del reconocimiento de la realidad de los ciudadanos para identificar la situación que los afecta y buscar la representación social y política para llevar vocería del problema que lo vuelva público, aquí cobra importancia la participación de los grupos académicos, ONG´s y sociedad civil organizada.

Convertir el problema social en un problema público se logra a través de los cuatro elementos que plantea Subirast , cohesión de los actores involucrados, la afectación de problemas sobre ellos, capacidad de incidir en la deliberación pública, y la atención pública que le dé una construcción subjetiva de la situación (Subirast, 2008, p.p104). El problema público debe incluir elementos fundamentales para su implementación con fines resolutivos, estos son:

legitimidad, capacidad de gestión y sostenibilidad que identifique claras causas y planteen soluciones posibles institucionalizadas, coherentes y permita cambios positivos en la población para atender el problema público.

Los problemas públicos que se incluyen en la agenda de gobierno, garantizan la seriedad de la atención y evidencia compromiso del Estado para proponer soluciones, motivar a la acción colectiva. Este concepto de “agendación” tan utilizado en el campo de las políticas públicas, incluye entre otros aspectos, el tránsito de asuntos de la esfera privada al foco del interés público y por ende a objeto de políticas públicas. (Ocampo, 2013. p. 215).

- **Capacidad de decisión**

El proceso de implementación de la política pública, requiere de operaciones intelectuales y materiales que tengan las organizaciones para realizar las acciones encomendadas y cumplir los objetivos de la política para transformar la situación indeseada y dar solución de manera efectiva que combata la magnitud del problema público. Para tal fin es necesario establecer la pertinencia de la decisión e implicaciones sociales y políticas. Determinar los parámetros de aplicabilidad operacional y garantizar los recursos financieros, humanos, técnicos para desarrollar la política. Debe ser clara la capacidad de decisión administrativa, política y económica para poner en marcha la política desde el ámbito a trabajar (Barón 2003).

- **Capacidad de agencia**

Esta categoría hace referencia a la posibilidad y condición que tienen los diferentes actores sociales y políticos para alcanzar sus intereses dentro de estructuras sociales determinadas que afectan la implementación de la política pública en aras de la solución del problema público. La capacidad de agencia entendida como “la capacidad para gestionar los propios logros y como responsabilidad para ayudar a los logros y acudir en defensa de otros; la satisfacción de deseos y la felicidad” (Brock, 2002. p.p135-175). En un contexto amplio la capacidad de agencia se enmarca dentro del concepto de autodeterminación del individuo y como garantías de libertades fácticas, ejes para fijar los contenidos materiales de los derechos” (Ocampo, 2012. p. 107).

La capacidad de agencia impulsa al individuo a participar activamente en la construcción de lo público.

El ciudadano con capacidad de agencia permite el tránsito desde "un ciudadano pasivo, cuyas necesidades tienen que ser satisfechas a un ciudadano activo, como agente racional cuyos juicios, valores y libertades son importantes por sí mismos" (Sen, 2001). Así la capacidad de agencia se convierte en el vínculo que conecta el desarrollo humano con la construcción de una ciudadanía activa, creativa y responsable. En la perspectiva de Sen, el agente es aquel que posee la capacidad de actualizar ciertos recursos en estados o acciones que tiene razones para valorar”.

- **Capacidad de sostenibilidad**

La sostenibilidad hace referencia la viabilidad de cumplimiento en el tiempo y espacio de la política pública con el fin de modificar comportamientos y generar soluciones a un problema público. Para establecer la sostenibilidad de la política se requiere de los siguientes elementos básicos: objetivos claros, metas definidas, directrices de ejecución precisas, normas establecidas, recursos humanos, financieros y económicos definidos y acciones coordinadas entre agentes e instituciones responsables de la política. Los elementos anteriormente mencionados deben articularse al eje principal de la política pública y a la valoración que hacen los agentes decisores e implementadores.

- **Legitimidad de la política pública**

Implica la existencia de un proyecto político que sirve como referente para la formulación de un cuerpo coherente y organizado, con propósitos, objetivos y metas necesarios para que la sociedad genere los cambios necesarios que les permita dar solución al problema público y se reflejan los resultados reales de la gestión del Estado apoyado en un marco normativo que pueda ser considerado legítimo, es decir que convoque la voluntad de obediencia de los ciudadanos dentro del concepto de validez postulado por Habermas. (2005).

La legitimidad está basada en la justicia distributiva, justicia que regula las relaciones entre el todo y las partes: “Es la que se inspira en la autoridad

pública para la distribución de honores y gravámenes. Su objetivo es que a cada uno le sea dado lo que le corresponde según principios o criterios generales” (Bobbio, 1989, p 21). Es decir, el bien común resulta del “producto de la contribución solidaria al bien común de cada uno, junto con todos los demás, de conformidad con las reglas de la comunidad o del grupo dirigente que las representa” (Ibídem, p.p 28). De ello se deriva la legitimidad de la intervención estatal en la regulación colectiva del comportamiento de los individuos.

2. DEL DISCURSO A LA ACCIÓN

La acción del Estado se manifiesta a través de decisiones legislativas o actos administrativos que pretenden dar solución a problemas públicos y modificar comportamientos de los ciudadanos para cambiar la situación socialmente indeseada. Para ello se requieren de elementos centrales que permitan la articulación entre el “Deber ser” de las políticas públicas y el “Deber hacer” dentro del proceso de implementación, es decir es necesario establecer coherencia y cohesión entre el discurso y la acción.

El presente capítulo presenta los parámetros nacionales e internacionales que fundamentan la promoción de hábitos de vida saludable, a través de un proceso inductivo que parte de las recomendaciones globales, luego se realiza un recorrido por las políticas públicas, reflejadas en leyes, acuerdos, resoluciones, planes y programas referentes a la promoción de un Estilo de vida saludable en ámbitos escolares. En segundo lugar se presentan la política pública del distrito de Bogotá, referente a la promoción de un estilo de vida saludable, en ésta se identifican sus componentes y etapas de implementación dado el marco de análisis del Enfoque de Planeación Estrategia Situacional, PES, centrada en los momentos Estratégico y Táctico –operacional.

2.1 EL ESTADO EN ACCIÓN: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA UNA VIDA SALUDABLE

2.1.1 Marco normativo nacional.

El Estado colombiano, interesado por las problemáticas de salud pública derivadas de los inadecuados estilos de vida saludable, ha establecido una línea de acción de orden nacional con la intención de reflejarse en el territorio nacional a través de programas específicos que modifiquen los hábitos de vida referentes a la alimentación saludable y práctica de actividad física en

diferentes ámbitos, especialmente en el escolar con un propósito de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles, con énfasis en las enfermedades cardiovasculares. Ver anexo F.

2.1.2 Estrategia entornos saludables.

La comprensión de la estrategia de entorno saludable, está enmarcada por el concepto de entorno, definido por la Organización Mundial de la Salud - OMS como *“aquellos espacios que apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”* (OMS, 1997)

Los entornos son el marco que permiten identificar los factores protectores y de riesgo; es allí donde se desarrolla las estrategias de promoción de la salud, para mejorar la calidad de vida y contribuir al desarrollo sostenible (ver anexo H). Cabe resaltar que dos de los ámbitos más importantes para la promoción de la salud y la vida de las personas son la escuela y la familia, por esa razón se establecen las estrategias de Escuela saludable y Vivienda saludable. En el caso que convoca el presente trabajo se estudió el correspondiente a la Escuela saludable como ámbito principal para la promoción de la salud y Estilo de vida saludable cuya implementación aporta al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas desde temprana edad. (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, 2006)

Gráfica 8. Estrategia de Entornos saludables



La estrategia de Entornos Saludables, contribuye al fortalecimiento de los territorios para que establezcan procesos sociales que logren la reducción del riesgo y la promoción de factores protectores en salud existentes en los entornos, especialmente en los más amenazados y vulnerables, y fomenten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles” (OMS, 2007)

El proceso de planeación y ejecución de la Estrategia de Entornos Saludables, parte de una acción intersectorial de orden nacional, quienes de manera conjunta elaboran un plan nacional y establecen los lineamientos nacionales de Entorno saludables, con el fin de realizar un articulación de las acciones nacionales a los territorios, estas líneas de acción en cada municipio a través de Vivienda saludable, Escuela saludable y Salud ocupacional como la promoción de la saludable en el ámbito laboral. Es decir busca impactar a los diferentes grupos poblacionales desde el trabajo firme en cada ámbito.

2.1.3 Municipios saludables.

Un municipio saludable es aquel en que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los propietarios, empresarios y trabajadores y la sociedad, dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, para establecer una relación armoniosa con el medio ambiente físico, natural y expandir los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la gestión y la democracia”. OMS, 1992 (citado por López. A, 2007). Un municipio saludable facilita la implementación de las estrategias de Escuela Saludable en los diferentes escenarios escolares que benefician a las

comunidades educativas y las convierta en gentes activos de su propia salud y calidad de vida.

La Estrategia de Municipios Saludables (ver anexo G), tiene como componente clave la voluntad política, punto de partida para establecer las acciones intersectoriales en cada municipio que se deberán ver reflejadas en políticas públicas del municipio lo cual genera acuerdos entre los diferentes actores políticos y sociales que buscan la solución a un problema de salud o como estrategia de prevención de enfermedades prevenibles de la población.

2.1. 4 Escuela saludable.

La Estrategia de Escuela Saludable, inicia en el año 1995 cuando la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, OPS/ OMS, hizo el lanzamiento oficial de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud, IREPS, dirigida a facilitar la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar. Esta iniciativa buscó la articulación y movilización multisectorial de recursos regionales, nacionales y locales, la optimización del recurso humano, compromiso político, recursos técnicos y financieros, destinados a la creación de condiciones propicias para el aprendizaje y el desarrollo humano integral, el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niñas, niños, jóvenes y demás miembros de las comunidades educativas (ver anexo I).

En Colombia la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud se adoptó con el nombre de “Escuela Saludable” y fue acogida en 1997 por el Ministerio de Salud, para liderarla en el nivel nacional. A comienzos de 1999, los Ministerios de Salud y Educación Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, y la OPS/OMS, elaboran los lineamientos nacionales para el desarrollo de la estrategia, con el título de “Escuela Saludable, la Alegría de Vivir en Paz”. Ahora El Plan decenal de Salud 2012 - 2021, es el marco político institucional que presenta las directrices para la promoción de la salud y plantea acciones concretas que convoca a diferentes sectores, instituciones y a la comunidad, para gestionar condiciones, capacidades y medios que

intervengan y modifiquen su realidad a partir de los determinantes sociales de la salud que afectan su calidad de la vida, fortaleciendo la cultura saludable de los ciudadanos basada en el autocuidado, las actitudes y la autonomía individual y colectiva que facilite el empoderamiento para identificar y realizar elecciones positivas en salud.

La Estrategia Escuelas Saludables, EES, en Colombia va de la mano con la acción mundial sobre la equidad sanitaria, liderada por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, la cual destaca en su informe de 2008 el interés por “Subsanar las desigualdades en una generación y alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” y para ello promueve la importancia de trabajar por entornos saludables para una población sana. En la escuela saludable las niñas, los niños y jóvenes participan en forma activa como socios junto a las personas adultas en el desarrollo de su propia salud y en la búsqueda de mejores condiciones de vida. La estrategia les permite comprender mejor las situaciones que favorecen o no su calidad de vida y facilita que estos mismos actores propongan modos de intervención como sujetos y no como objetos de intervención (Minsalud y MEN, 2006).

La estrategia contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud, la calidad de vida y la calidad de la educación, es un objetivo explícito y permanente que cobra vida en todas las instancias cotidianas de la comunidad educativa. Una institución escolar no se convierte en “Escuela Saludable” por designación oficial de las autoridades departamentales o municipales de salud o educación, sino por la decisión voluntaria de la comunidad educativa de promover mejores condiciones de vida para todos sus miembros y por todos los medios a su alcance. Las premisas básicas de esta estrategia se presentan en el anexo J. Es importante anotar que pasada más de una década se han adelantado múltiples acciones en el desarrollo de estrategia de escuela saludable, logrando algunos avances regionales y sociales, pero sin lograr una sostenibilidad en los entornos escolares, lo cual plantea un reto de generalizar su implementación en el ámbito nacional, con la

participación y el compromiso de los diferentes sectores comprometidos con el desarrollo humano y social del país (Op. cit).

Es evidente que los grandes referentes de las políticas públicas escolares saludables se relacionan en primera instancia, con el marco normativo nacional establecido por la Constitución Política de Colombia de 1991 y para los sectores salud y educación con la Ley 115 de 1994 y Ley 789 de 2002, así como las demás normas y disposiciones mediante las cuales los distintos departamentos y regiones del país han adaptado las políticas nacionales de acuerdo con la realidad local.

Es claro que las políticas públicas sobre la Promoción de la salud en ámbitos escolares se encuentran articuladas a nivel nacional en su formulación y diseño entre los Ministerios de Salud y Ministerio de Educación, se evidencia correspondencia de intereses, voluntades y recursos multisectoriales orientados a aumentar las competencias, capacidades y oportunidades de todos los miembros de la comunidad educativa para mejorar la salud, el aprendizaje, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo humano y social. Ahora la pregunta que surge es ¿el proceso de implementación de la política pública de promoción de la salud en el ámbito escolar se encuentran igualmente articulados, comprometidos y coordinados?, ¿cómo se da el proceso de implementación de promoción de un Estilo de vida saludable en las comunidades educativas del Distrito de Bogotá?

2.2 LA VIABILIDAD DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN ÁMBITOS ESCOLARES

La gestión del Estado requiere de la acción de diversos sujetos que planifican y gobiernan con distintas perspectivas. Bajo este parámetro se analiza el momento estratégico y el táctico operacional del enfoque que plantea Carlos Matus y que hace referencia al proceso de articulación y coherencia de las actuaciones entre decisores, ejecutores y población beneficiada; para ello se requiere de una coordinación de los diferentes momentos, que permitan

transformar los discursos en hechos efectivos que contribuyan a la solución del problema.

Estos aspectos establecen la relación entre lo necesario y lo posible para dar respuesta a la viabilidad de la política pública, definida por Matus, como *“la posibilidad de que una operación se decida, ejecute, mantenga y responda a la decisión tomada y al plan de acción acordado con los diferentes actores para poner en marcha la solución”*, que es promover un estilo de vida saludable en el ámbito escolar, como estrategia para promover la salud y prevenir enfermedades crónicas transmisibles, derivadas de los inadecuados hábitos de vida.

La viabilidad de la política pública de promoción de estilos de vida saludable en el ámbito escolar requiere la articulación entre lo propuesto en las normas macro y la capacidad de ejecución en el contexto real, lo que hace preguntar ¿las políticas públicas son discurso sin compromiso, como lo plantea Roth o se materializan en la realidad garantizando los derechos que promulgan para atender las necesidades de la sociedad? Con el fin de responder este cuestionamiento en el caso del **Acuerdo 498 del Concejo de Bogotá de 2012**³ es necesario establecer los criterios de viabilidad a través de componentes políticos, económicos, organizativos para establecer la relación entre lo necesario y lo posible.

La viabilidad económica corresponde a una operación que se ejecuta y mantiene con eficiencia y eficacia dentro de los límites de recursos sostenibles (Matus, 1986). La viabilidad organizativa corresponde a la posibilidad de que una operación sea coherente con la estructura institucional del sistema de desarrollo dentro de los límites de su capacidad de producción. Finalmente la viabilidad de sostenibilidad corresponde a la relación de fuerzas que hace irresistible el cambio logrado con la operación realizada. Con base en estos

³ El Acuerdo 498 establece estrategias integrales de promoción de alimentación saludable y de actividad física, para mejorar la calidad de vida y salud de la población expuesta a/o con problemas de sobrepeso y obesidad del Distrito Capital. Este Acuerdo, en el Artículo Quinto orienta la acción integrada que deben realizar la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con las Secretarías de Educación, Integración Social, Cultura, Recreación y Deporte, Gobierno, Desarrollo Económico, las Empresas Sociales del Distrito –ESES y los sectores que tienen responsabilidades con dicha política.

elementos se realiza el análisis del momento estratégico y táctico operacional de la política de Estilos de vida saludable del ámbito escolar desde el orden nacional hasta el distrital en la administración de Bogotá Humana.

2.2.1 El discurso materializado y la viabilidad de las decisiones.

El Estado nacional se compromete a trabajar por la equidad de salud entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992). Esto es posible cuando se logra que todas las personas alcancen su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. Con base en este propósito se diseñó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, PDSP, es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia y para ello se han establecido los siguientes objetivos de este plan: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. 2) mejorar las condiciones de vida que modifiquen la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente. 3) cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

En el contexto del derecho a la salud, el PDSP es un instrumento que da cuenta de abordajes explícitos que persiguen el goce efectivo de este derecho en campos de la salud pública y en la interrelación desde una perspectiva de determinantes. Además establece las líneas de acción del tema abordado en este trabajo, las cuales hacen evidente el propósito de la promoción de la salud a través de acciones concretas que plantea las directrices de trabajo conjunto que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una

cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales (PDS, 2012)

Ante la situación de enfermedad prevenible de los colombianos el Estado establece en el PDS 2012- 2021, el trabajo de la Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, cuya definición de la dimensión corresponde al “conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles” (PDS, 2012). Esta línea de acción promueve la salud, incluye acciones de formulación de políticas públicas, movilización social, generación de entornos saludables, capacidades sociales e individuales, participación ciudadana y educación en salud.

El Ministerio de Educación interesado en brindar una educación integral a los colombianos desde los niveles de preescolar, básica y media diseñó acciones concretas en el marco de la formación para la ciudadanía, para implementar la Estrategia nacional para la Promoción de Estilos de Vida Saludables (EPEVS) para promover en los estudiantes las capacidades para construir el bienestar propio y colectivo, cuidar su salud, la de los otros y el entorno para que puedan desarrollarse plenamente como ciudadanos respetuosos de lo público dentro de su contexto de vida cotidiana (MEN, 2014). Las temáticas abordadas en la estrategia nacional son: alimentación saludable, actividad física, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la convivencia. (MEN, 2014).

Dentro del Plan Decenal de educación 2006 – 2016 se enmarca el desarrollo de la estrategia bajo la línea de acción denominada “*Educación en y para la paz, la convivencia y la ciudadanía*”, incluyó la promoción de un estilo de vida saludable en el ámbito escolar por medio de proyectos de las entidades

territoriales que fomenten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo sostenibles, desde la Estrategia de Escuelas Saludables y la Política de Competencias Básicas y Ciudadanas (MEN, 2010).

El programa Estilo de vida saludable busca desarrollar competencias con un conjunto de orientaciones pedagógicas de manera articulada a sus planes de estudio, a partir de conocimientos, habilidades y actitudes desarrolladas por los estudiantes en la toma de decisiones autónomas en relación con estilos de vida saludable para el ejercicio y construcción de su proyecto de vida. El objetivo de esta estrategia nacional es: Desarrollar competencias en los estudiantes que posibiliten tomar decisiones asertivas sobre su proyecto de vida y, específicamente, frente a la salud, de manera que orientan dicho proyecto hacia el bienestar integral, físico, psíquico, intelectual, moral y espiritual (MEN, 2010).

En el año 2009, se implementó la EPEVS en 12 Departamentos, cuyos líderes fueron los Docentes y Funcionarios de las Secretarías de Educación y funcionarios de las Secretarías de Salud a través de unos procesos de capacitación de dos Seminarios-Talleres cuyo propósito fue formar replicadores de la estrategia en cada uno de los centros educativos participantes. A través de las siguientes fases de implementación de la EPEVS:

1. Concertación con las Secretarías de Educación y Salud
2. Formación con los funcionarios de las Secretarías de Salud y Educación para los docentes por entidad territorial.
3. Acompañamiento y seguimiento del proceso
4. Evaluar y sistematizar la implementación de la estrategia

La estrategia se encuentra actualmente en 12 entidades territoriales: Antioquia, Risaralda, Pereira, Putumayo, Cesar, Neiva, Santander, Nariño, Cundinamarca, Guaviare, Tolima y Boyacá. Pero después de varios años de trabajo con las diferentes secretarías de Educación aún no ha sido posible articular las acciones de orden nacional al distrital, especialmente en la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá, para que se vincule a esta

estrategia, sin embargo en la actualidad no se ha implementado en el Distrito capital.

2.2.2 Enfoque PES en la política pública EPEVS.

Analizar la implementación de la Estrategia de Promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares desde el enfoque PES, permite evaluar el proceso a partir de las fases expuestas más adelante con base en los categorías de análisis referentes a la capacidad de decisión, agencia y mantenimiento de las política pública. De esta manera el enfoque se convierte en la combinación entre acción y estructura de los procesos políticos, pero sobre todo rescata la capacidad de los individuos o grupos para controlar las acciones, así como la importancia del rol de los actores en la toma de decisiones políticas y su implementación que contribuyan al bienestar de la población colombiana.

El enfoque PES que se ha abordado, requiere del análisis de la estrategia entre actores que acatan el marco institucional y dan lugar a decisiones y acciones que constituyen la viabilidad de la política pública cuyos elementos propuestos son:

- **Percepción del problema público:** Se espera que los agentes decisores en la administración distrital, como los agentes decisores y operadores en ámbito escolar perciban como realidad indeseable el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles derivadas de los inadecuados hábitos de vida como principales factores de riesgo de ENT a mediano y largo plazo.
- **Grupo objetivo:** Población beneficiada de la política pública es la comunidad educativa, especialmente los niños, niñas y adolescentes escolarizados e indirectamente la estrategia busca modificar hábitos de los miembros activos, es decir los docentes y padres de familia.
- **Conjunto de decisiones y acciones:** en este caso la EPEVS en ámbitos escolares, la cual requiere de la coordinación de las acciones intersectoriales y la participación de interdependencias entre los distintos actores sociales que en el marco de la gobernanza en presencia de mecanismos de cooperación y coordinación en las comunidades educativas.
- **Programa de intervención:** Este elemento hace referencia a la aplicación concreta de lo decidido a través de las distintas formas contempladas en el diseño de la política pública. Corresponde a la Estrategia de Promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbito escolar.
- **Actores públicos:** Aquellos integrados al sistema político administrativo o actores privados con legitimidad que hacen parte de la implementación y viabilidad de la EPEVS, son ellos agentes decisores a nivel nacional de los ministerios líderes, los agentes decisores y operadores de las secretarías distritales de

Educación y Salud, los rectores y equipos directivos, docentes y padres de familia, principalmente. Aquellos actores privados que cuentan con la legitimidad social necesaria para representar intereses colectivos.

- **Actos formales:** Las directrices de la EPEVS que promueven los Ministerios de Salud y de Educación cuyas acciones que efectivamente deben ser implementadas en las comunidades educativas, que en el caso de Bogotá Humana se desarrollan a través del programa “Escuela para la vida y la salud” liderado por la Secretaria de Salud y el “Programa Educación para convivencia y al ciudadanía”, PECC, liderado por la Secretaria de Educación del Distrito.

Una vez establecidos los elementos de análisis de la política pública referentes a la promoción de la salud en el ámbito escolar se hace necesario comprender su viabilidad en los diferentes niveles de implementación que evidencia la capacidad institucional.

2.2.3 Capacidad institucional para la promoción de un estilo de vida saludable.

El concepto de capacidad institucional se entiende como “el conjunto de atributos de las organizaciones públicas, necesarios para cumplir con el goce efectivo de los derechos sociales fundamentales”; para estos efectos el concepto de “atributos necesarios” comprende seis aspectos: pertinencia de reglas de juego; relaciones interorganizacionales claras y fluidas; adecuada organización interna; presupuesto suficiente; política de personal apropiada y conjunto de personas calificado (Insuasty, 2012). La capacidad institucional de los entes gubernamentales responsable de la implementación de la políticas públicas referentes a la EPEVS se evidencia en la viabilidad política, económica y organizativa - administrativa.

Viabilidad económica

Actualmente la EPEVS está respaldada principalmente por los recursos del Ministerio de Salud, líder de la política pública. El Ministerio de Educación presenta recursos limitados porque dentro de sus planes plurianuales no se definió una acción clara para la promoción de salud hacia un estilo de vida saludable y los recursos económicos destinados para esta línea de trabajo se encuentra dentro del programa para la convivencia y la ciudadanía, la cual

contempla varios programas de inversión. Por tal razón los dineros para la implementación están dados inicialmente por el SGP y por los aportados por el Ministerio de salud que se encuentran detallados en el anexo O.

Viabilidad organizativo – administrativo

La viabilidad para la implementación de la política pública articulada entre el nivel nacional y el nivel distrital o municipal está claramente definido, organizado, articulada y claramente establecidos los roles y funciones para cada una de las entidades líderes y responsables. Además se evidencia coherencia entre los propósitos del proyecto político que enmarca la estrategia nacional, las acciones planeadas y la organización operativa para su ejecución, lo cual indicaría éxito en su implementación. Ver anexo K.

Viabilidad de permanencia o sostenibilidad

La implementación de la EPEVS, no tiene una naturaleza de obligatoriedad, establece directrices y orientaciones para su implementación en las comunidades educativas. Carece de la presencia de incentivos que motiven su aceptación y cumplimiento de manera voluntaria para obtener el cambio de conducta y adquirir un estilo de vida saludable que contribuya a prevenir enfermedades crónicas no transmisibles, en especial las enfermedades crónicas derivada de la alimentación poco adecuada, la falta de actividad física, causas de la problemática social.

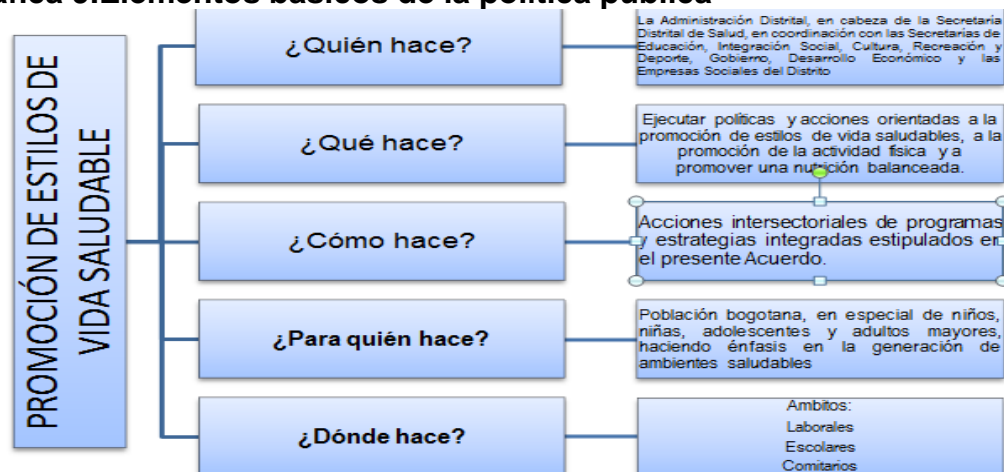
2.3. BOGOTÁ HUMANA Y LA PROMOCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Las políticas públicas requieren de legitimidad y gobernabilidad para hacer viable su implementación y lograr atender a la situación indeseada o problema público, este proceso lo llama Carlos Matus, el momento estratégico, y afirma que es “justamente el cálculo de la articulación entre “debe ser” y “puede ser” (Matus, 1987: 512). El tema central de la implementación es la viabilidad, para

ello es necesario establecer la capacidad y proceso de acción. Lo sintetiza Ocampo a través de las siguientes preguntas: ¿Cuál es la situación que se requiere modificar?, ¿quién lo hacen? ¿cómo lo hace? y ¿para qué lo hace?, las respuestas a estas preguntas establecerán los criterios relevantes para juzgar la eficacia, equidad y solidez de una política pública (Ocampo, 2012)

De esta manera se planteó el momento estratégico de la política distrital para la promoción de estilo de vida saludable en el ámbito escolar, enmarcada en el Plan de Desarrollo de Bogotá Humana y delimitada en el **Acuerdo 498 del Concejo de Bogotá de 2012**, por medio del cual se establecen estrategias integrales de promoción de alimentación saludable y de actividad física, que mejoren la calidad de vida y salud de la población expuesta a/o con problemas de sobrepeso y obesidad del distrito capital.

Gráfica 9. Elementos básicos de la política pública



Fuente: Adaptación de esquema básico de Elementos de la política de Ocampo, 2012

Frente a estas situaciones en diversas etapas las administraciones de la ciudad han analizado la problemática de salud pública, planeado y desarrollado diferentes estrategias para atender y prevenir la morbilidad en los niños, niñas y jóvenes. Una de las estrategias ha sido la promoción de la salud en el ámbito escolar en la ciudad de Bogotá, diseñada para combatir la

presencia de enfermedades causadas por los inadecuados hábitos de vida, y así aumentar la esperanza de vida de la población capitalina.

Para el año 2014, con el desarrollo del programa del ámbito escolar “Escuela para la salud y la vida” liderado por la Secretaria de Salud y acompañado por la Secretaria de Educación de Bogotá, que responde a los propósitos establecido en el plan de desarrollo de Bogotá Humana, dirigido a los 920.190 estudiantes niños, niñas y jóvenes que se encuentran matriculados en los colegios oficiales de la ciudad, desde pre jardín hasta grado 12 en Bogotá, población amplia a quienes se les debe atender y promover la salud integral de los estudiantes y especialmente atender aquellos aspectos que combatan la prevalencia de ENT a través de la promoción de estilos de vida saludable, dando cumplimiento al Acuerdo 498 de 2012 del Concejo de Bogotá, que establece las estrategias integrales de promoción de alimentación saludable y de actividad física, para mejorar la calidad de vida y salud de la población expuesta a/o con problemas de sobrepeso y obesidad del Distrito Capital.

Este Acuerdo, en el Artículo Quinto orienta la acción integrada que deben realizar la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con las Secretarías de Educación, Integración Social, Cultura, Recreación y Deporte, Gobierno, Desarrollo Económico, las Empresas Sociales del Distrito –ESES y los sectores que tienen responsabilidades con dicha política.

Es importante establecer, en primer lugar, el punto de partida que desde la administración distrital, en su plan de desarrollo 2012 – 2016 Bogotá Humana, se deriva la política de promoción de la salud, correspondiente al primer eje del gobierno denominado “Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”. Dentro de esta línea de acción se enmarca la estrategia de promoción de salud se enmarca en el programa Territorios saludables y Red salud para la vida desde la diversidad.

Este programa se propone asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, para modificar positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida por medio del desarrollo de un modelo de salud

humanizado y participativo, basado en la atención primaria y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad. Para garantizar la atención universal de salud al hacer énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública, la promoción de entornos saludables y la prevención de enfermedades (PDD, 2012)

El proyecto prioritario correspondiente al programa se denomina: Salud para el buen vivir, cuyo propósito es fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad. Esto se hace mediante la implementación de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria, y las redes integradas de servicios para desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y promover la participación social de actores en procura de reconocer la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables, y establecer una propuesta de operación territorial (ob. cit, p.35).

La estrategia distrital de salud escolar en Bogotá Humana, se desarrolla en el marco de los proyectos sectoriales Territorios Saludables (SDS) y Educación para la Ciudadanía y la Convivencia (SED), en las comunidades educativas del Distrito, para garantizar el derecho a la salud y el desarrollo de capacidades ciudadanas por medio de la articulación de acciones pedagógicas con acciones de promoción, prevención y atención orientadas a la afectación de determinantes sociales en salud y al mejoramiento de la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, docentes, adultos/as cuidadores, padres y madres de familia, y comunidades de la ciudad (SSD, 2014).

Viabilidad económica:

La viabilidad económica responde a las metas, indicadores y financiación establecida en el Plan de Desarrollo de Bogotá Humana.

Tabla 3. Plan plurianual de inversiones 2012 – 2016 por eje

Administración Central y Establecimientos Públicos

Millones (\$) de 2012

EJE	EJE	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
1	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación.	5.159.298	6.893.314	7.459.082	6.201.362	6.475.057	32.188.113

Fuente: Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012 - 2016

Los recursos económicos destinados para la ejecución del programa específico corresponde a:

Tabla 4. Recursos económicos destinados para la ejecución del programa específico

PROGRAMA	OBJETIVOS	INDICADOR	ESTRATEGIA	META	FINANCIACIÓN	RESULTADO
<p>Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad.</p> <p>Sector responsable: - Salud</p>	<p>1) Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil.</p> <p>2) Reducir a 1,5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.</p> <p>3) Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.</p> <p>4) Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas.</p> <p>5) Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna.</p> <p>6) Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio.</p> <p>7) Reducir 30% los embarazos en las adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años.</p> <p>8) Disminuir las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de 25 años.</p>	<p>1) Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos.</p> <p>2) Tasa por 100.000 de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.</p> <p>3) Tasa por 10.000 de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.</p> <p>4) Prevalencia de bajo peso al nacer.</p> <p>5) Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.</p> <p>6) Tasa de suicidio por 100.000 habitantes.</p> <p>7) Embarazos en las adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años.</p> <p>8) Prevalencia de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de 25 años.</p>	Salud para el buen vivir.	Cubrir a 1.563.093 niños, niñas y adolescentes matriculados en Instituciones educativas distritales con las acciones de promoción de la salud y de prevención, en un trabajo coordinado de la Secretaría Distrital de Educación y la Secretaría Distrital de Salud.	140.000.000.000	Número de niños, niñas y adolescentes cubiertos con acciones de promoción y prevención en colegios públicos y privados.

Fuente: Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012 - 2016

Viabilidad organizativa – administrativa

El proceso general del ámbito escolar responde a los momentos de intervención definidos en el programa de Territorios Saludables de esta manera:

a. Identificación y caracterización de necesidades de salud en las IED: Consiste en el proceso de identificación, acercamiento y caracterización de las Instituciones Educativas que permite generar planes de acción concertados con las IED.

b. Acciones Resolutivas: Se desarrollan acciones educativas, promocionales y preventivas. En el Plano Educativo: Fortalecimiento de las iniciativas de la Secretaría de Educación en el marco del Proyecto de Educación Para la Ciudadanía y la Convivencia (PECC). En el Plano Preventivo: Elaboración de fichas de salud por estudiante, Sistema Intersectorial de Alertas (identificación, seguimiento y manejo de casos por parte de los orientadores), Formación de líderes en salud para la ciudadanía en las UPZ/Colegio que se requiera (Grupos Gestores), Rutas de canalización para el manejo de casos críticos dirigido a docentes y orientadores/as en articulación con la estrategia de Respuestas Integrales de Orientación Escolar (RIO), de la Secretaría de Educación.

En el Plano de la Protección: Entrega de reportes de situación de salud de los estudiantes a padres y madres de familia y a las autoridades escolares, implementación de respuesta para los casos identificados durante la valoración de salud o identificados por el Sistema de Alertas, participación de los equipos de APS en UPZ en los planes integrales de educación para la ciudadanía y la convivencia, en los colegios oficiales de Bogotá.

Gestión Intersectorial: La gestión intersectorial tiene su expresión concreta en los procesos de canalización a servicios sociales o servicios de salud en búsqueda de la integralidad en salud lo cual está unido a un proceso de seguimiento y registro de información. Las intervenciones en el ámbito escolar se hará énfasis en las jornadas de valoración individual (desarrolladas por los perfiles de medicina y enfermería), que definen las necesidades de la población y las respuestas que se requieren en términos de asistencias técnicas colectivas por parte de los perfiles del ERC (Equipo de Respuesta

Complementaria) donde se desarrolla intervención, canalización y seguimiento a la gestión desarrollada. La valoración tiene como objetivo identificar casos prioritarios, semaforizar a la población valorada de acuerdo a los casos y definir planes de respuesta. (SSD, 2014).

2.3.1. La implementación en el ámbito escolar.

La estrategia de implementación en los territorios corresponde a las siguientes acciones, tiempos y responsables.

UNIDAD OPERATIVA	ACTIVIDADES
Gestión de las instituciones educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Concertación con las autoridades escolares para la selección de sedes priorizadas o que manifiestan interés de comenzar el ejercicio. - Visita a colegios y ubicación de espacios adecuados, habilitados o en proceso de adecuación o habilitación, para la realización de asesorías individuales. - Socialización de la Estrategia Distrital de Salud Escolar con la Dirección Local de Educación y la Secretaría de Integración Social. - Plan de Acción: formas de entrada y de operación de las acciones para el acompañamiento de miembros de la comunidad educativa a los equipos durante este procedimiento. (el instrumento de plan de acción se encuentra en la carpeta de instrumentos de seguimiento / instrumentos ámbito escolar / formatos seguimiento escolar / formato de seguimiento a la intervención en escenarios – instituciones educativas)
Valoración individual de la salud escolar.	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de condiciones de salud de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de las IED y jardines. Como resultado de ese proceso se elaboran los boletines individuales de salud escolar (los cuales son entregados a la familia), así como los formatos de valoración por etapa del ciclo vital. - Desarrollo de unidades de análisis para la socialización de hallazgos y generación de respuestas con la comunidad académica (Boletín Colectivo de salud escolar por cada sede).
Asesorías Individuales	<ul style="list-style-type: none"> - Se definen, en general, como una secuencia de encuentros con un sujeto individual o colectivo, en que se responde a necesidades específicas mediante actividades de educación para la salud, prevención de daños a la salud y canalización a servicios de salud, que permiten la apropiación de saberes y prácticas para la transformación positiva de su entorno.
Asistencia técnica colectiva para el fortalecimiento de las prácticas de cuidado y autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de acciones de promoción de la salud de acuerdo a la metodología de intervención que defina cada PDA (Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva y Salud Oral) o Transversalidad (Seguridad Alimentaria y Nutricional y Ambiente) enfocadas al fortalecimiento y activación de rutas de respuesta, acciones de IEC, intervención en situaciones detectadas y balance del proceso.

Fuente: Secretaría de Salud Distrital 2014

Para el año 2014, con el desarrollo del programa del ámbito escolar “Escuela para la salud y la vida” liderado por la Secretaria de Salud y acompañado por la Secretaria de Salud de Bogotá, responde a los propósitos del plan de desarrollo de Bogotá Humana, dirigido a los 920.190 estudiantes de los colegios oficiales desde pre jardín hasta grado 12, población a quienes se les debe promover la salud integral de los estudiantes y especialmente atender aquellos aspectos que combatan la prevalencia de ENT a través de la promoción de estilos de vida saludable, dando cumplimiento al Acuerdo 498 de 2012 del Concejo de Bogotá⁴.

2.4 RELACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL

Un problema de salud requiere de la atención multidimensional y la acción desde el modelo de Determinantes sociales de la salud, lo cual hace viable la acción colectiva y el trabajo intersectorial entre entidades del Estado y la sociedad civil, a través de la Intersectorialidad, entendida como lo “la convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para producir políticas integrales e integradas que ofrezcan respuestas a las necesidades generales” (Fernández y Méndez, 2003). La Intersectorialidad, es la intervención coordinada y complementaria de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante acciones en la búsqueda de soluciones integrales. Permite compartir los recursos que le son propios a cada sector. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común (PDS, 2012). La Intrasectorialidad: hace referencia a actores, entidades o instituciones de un mismo sector (PDS, 2012).

⁴ El Acuerdo 498 establece estrategias integrales de promoción de alimentación saludable y de actividad física, para mejorar la calidad de vida y salud de la población expuesta a/o con problemas de sobrepeso y obesidad del Distrito Capital. Este Acuerdo, en el Artículo Quinto orienta la acción integrada que deben realizar la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con las Secretarías de Educación, Integración Social, Cultura, Recreación y Deporte, Gobierno, Desarrollo Económico, las Empresas Sociales del Distrito –ESES y los sectores que tienen responsabilidades con dicha política; dentro de sus funciones está la de crear el Observatorio de Seguridad y Salud Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital, e implementar un Sistema Integrado de Información.

Con base en los anteriores conceptos se analizan e implementan las políticas públicas para la promoción de la salud en el ámbito escolar, articulando acciones desde el Plan de Desarrollo nacional, el Plan Decenal de salud y el plan de desarrollo distrital. En el proceso de acción implementación se identifican las relaciones intersectoriales de los actores claves para su ejecución en los diferentes niveles: Nacional, distrital y local. Es clara la intención del Estado por solucionar el problema de salud pública, a través de las directrices para dar viabilidad a la estrategia nacional en los territorios, con un buen panorama nacional pero una desalentadora realidad en Bogotá, cuyo discurso es claro y definido, bien intencionado pero queda en buenos deseos al separar las acciones del Estado al momento de poner en marchas los propósitos y planes de implementación en la administración de Bogotá Humana, cuyo plan de gobierno no logra identificar puntos de convergencia con los parámetros nacionales y se comienza a dispersar la EPEVS en otros planes y programas que cambian el eje de la política.

3. ENFOQUE METODOLÓGICO Y PRINCIPALES HALLAZAGOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ÁMBITOS ESCOLARES

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

Durante los últimos años ha sido cada vez más frecuente la combinación de enfoques metodológicos mixtos para la evaluación de políticas públicas, como una forma de obtener aproximaciones cuantitativas y cualitativas de los fenómenos sociales y de la acción pública. Como lo señalan Páramo y Ojalvo (2006). Con el fin de responder a las preguntas de investigación y “dar voz a los actores sociales que participan en el proceso investigativo, interpretar sus percepciones, descubrir sus características y construir conocimiento” (Ragin, 2007, p.147).

Para ello se recurre a la metodología cualitativa que ayuda a reconstruir la realidad tal como la observan los sujetos de un sistema social definido (Sampieri y Cols, 2003). No pretende probar hipótesis ni medir efectos, el objetivo fundamental es describir lo que ocurre y entender los fenómenos sociales. En este estudio se identificaron actores clave involucrados en el proceso de implementación de las políticas públicas para la promoción de estilos de vida saludables en ámbitos escolares, categorizados en tres roles: **decisores, agentes ejecutores y beneficiarios de la política pública**. A su vez, tales roles se relacionaron con tres categorías de análisis: capacidad de decisión, capacidad agencia o gestión, percepción del problema público y la sostenibilidad política, administrativa y social.

En primer lugar se identificaron a los representantes de los Ministerios de salud y de Educación a nivel decisorio de la política pública, los agentes decisores e implementadores de la misma en la Secretaria de Salud y Secretaria de Educación de Bogotá y los representantes de las comunidades educativas de tres colegios de la capital, participantes en el proceso de

investigación los padres de familia, docentes, directivos de las instituciones educativas y estudiantes, principalmente.

Se realizó el estudio a partir de técnicas de recolección de información, revisión documental y datos estadísticos (fuente secundaria) y la entrevista semiestructurada (fuente primaria), dirigida a los formuladores de la política de la EPEVS, agentes implementadores de la política pública, representantes de cada comunidad educativa, es decir directivos docentes, docentes, padres de familia y se desarrollaron grupos focales “lúdicos” con los estudiantes.

Las anteriores técnicas de recolección de información se desarrollaron con el fin de indagar sobre la implementación de las políticas públicas que atienden la problemática social mencionada y busca la promoción de hábitos de vida saludable, identificar los factores facilitadores y restrictivos del proceso de implementación en los ámbitos escolares y establecer la relación entre el “Deber ser” de las políticas y el “Deber hacer” de la misma.

La realización de los grupos focales se desarrolló con una muestra de estudiantes de los diferentes grados de educación básica primaria, docentes de los mismos grados y padres de familia, con el fin de conocer desde las narrativas de actores sociales las percepciones y argumentos que tiene para identificar los aspectos facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación de las políticas de promoción de la salud en el ámbito escolar que combata los factores de riesgo de las ENT y se responda la pregunta de investigación.

Una vez realizadas las entrevistas y grupos focales se procedió a transcribir la información para luego organizarla por categorías de análisis: percepción del problema público, capacidad de decisión, ejecución y sostenibilidad de la política pública para la promoción de un estilo de vida saludable en ámbito escolar, objeto de estudio desde el rol de cada actor: agente decisor, agente implementador y agente beneficiario. Posteriormente se elaboró una matriz que sintetizará las percepciones, capacidades, elementos facilitadores y restrictivos del proceso de implementación de la política pública en ámbito

escolar en la administración de Bogotá Humana para cada una de las categorías de análisis establecidas.

3.1.1 Categorías de análisis.

Las categorías de análisis elaboradas para evaluar la viabilidad y el proceso de implementación de la política pública que busca promover un estilo de vida saludable en el ámbito escolar son:

- Percepción del problema público
- Capacidad de decisión
- Capacidad de agencia
- Capacidad de sostenibilidad en el marco de las relaciones entre el Estado y las instituciones responsables de la promoción de la salud en las escuelas.

Con base en las categorías de análisis se estructuraron las entrevistas a los tomadores de decisores de los Ministerios de salud y Educación, así mismo se procedió para realizar las entrevistas a los agentes los operadores de las Secretarías de Salud y Educación de Bogotá.

3.1.2 Fuentes y proceso de recolección de la información.

Las fuentes de información primaria fueron la realización de entrevistas estructuradas y de grupos focales dirigidos a padres de familia y grupos focales lúdicos desarrollados con los estudiantes de los centros educativos públicos y privados. Los datos revisados de las encuestas de Demografía y salud, ENDS, y las Encuestas de la situación nutricional, junto con los censos de la población en Bogotá y los datos de la población escolar, articuladas permitió construir el indicador referente al índice de estudiantes que se deben beneficiar cada año con la EPEVS dentro del programa “Escuela para la salud y la vida” desarrollada en los centros educativos oficiales de Bogotá e identificar la población que al participar en la estrategia puede modificar su estilo de vida saludable para evitar enfermedades crónica son trasmisibles derivadas del sedentarismo y la inadecuada alimentación.

3.1.2.1 Entrevistas estructuradas.

El objetivo de la entrevista cualitativa es “conocer la perspectiva y el marco de referencia a partir del cual las personas organizan su entorno y orientan su comportamiento” (Patton, 1980, Citado por Bonilla, E, 1995. p.93). En el caso particular del tema que compete al análisis del proceso de implementación de la política pública referente a la Estrategia de Estilo de vida saludable en ámbito escolar fue necesario conocer la valoración que hacen los agentes decisores, implementadores y beneficiarios de la estrategia nacional e identificar aspectos políticos, sociales y culturales que hacen viable la implementación y elementos que la dificultan, además de identificar la coherencia entre el discurso y la acción.

En el presente trabajo las entrevistas buscaron interpelar a los actores claves que han participado en el proceso de implementación de la política pública objeto de estudio. Los criterios para la selección de los actores clave fueron:

- Experiencia: las personas seleccionadas debían conocer la EPEVS, ser responsables del proceso de implementación al nivel nacional o distrital.
- Capacidad de decisión: las personas seleccionadas deben hacer parte del gobierno actual de orden nacional y distrital, requisito fundamental, porque el proceso de implementación que se estudia está directamente relacionada con los planes de desarrollo “Prosperidad para todos” y “Bogotá Humana”.
- Disponibilidad: la entrevista con los informantes claves requirió de tiempo con un promedio de una hora y media a dos horas para atender la entrevista. Por lo tanto fue necesario contar con la voluntad de participación de manera espontánea, brindar información relevante y fundamental para el tema de estudio y responder todas las preguntas planteadas.

Delimitación del Grupo	Actores sociales que participan en el proceso de implementación de la EPEVS en ámbitos escolares: Secretaria de Salud, Secretaria de Educación, Representante del MEN, Representante del Ministerio de Salud y protección social, Representantes de padres de familia, docentes y estudiantes de las comunidades educativas.
Recolección de los Datos	Mediante el desarrollo de entrevistas semiestructuradas y grupos focales, en los cuales se orienten las preguntas sobre el proceso de implementación de la EPEVS en ámbito escolares y se evidencien los factores facilitares u obstaculizadores en

	<p>este proceso, basados en las categorías de análisis descritas anteriormente. La dinámica de las entrevistas se propone seguir con el orden propuesto por Hernández y Sampieri (2006):</p> <p>Preguntas generales: Desarrollo de preguntas generales, que sirvan para ejemplificar y para entrar en contexto.</p> <p>Preguntas complejas: Más estructuradas, pretenden llevar a una exploración más profunda del problema.</p> <p>Preguntas sensibles: Pretenden llevar al entrevistado a cuestionarse sobre asuntos contrastantes o polémicos de las propuestas de ley en salud, que permitan clasificar símbolos o proposiciones en categorías.</p> <p>Preguntas de cierre: Buscan concluir y establecer en general la opinión del entrevistado.</p>
--	--

Una vez establecidas las categorías de análisis los tipos de preguntas y los actores claves dentro del proceso de implementación de la EPEVS en ámbitos escolares, se diseñaron las preguntas para las entrevistas con el fin de obtener la información pertinentes que responda a la pregunta de investigación. Los formatos de entrevista para cada uno de los grupos de entrevistados se encuentran en los anexo R. del presente documento.

3.1.2.2 Grupos focales.

La técnica de investigación a través de los grupos focales, la define Bonilla (1995) como “un medio para recolectar información en poco tiempo y en profundidad, un volumen significativo de información cualitativa a partir de una discusión de un grupo de seis a doce personas, quienes son guiados por un entrevistador para exponer sus conocimientos y opiniones sobre temas considerados importantes para el estudio. Este tipo de entrevistas constituyen una fuente importante de información, para comprender las actitudes, las creencias, el saber cultural y las percepciones de una comunidad, en relación con algún aspecto particular del problema que se investiga” (Bonilla, E, 1995, p.p. 104).

El uso de la técnica de entrevista a Grupo Focal, requiere de una guía de tópicos generales que permitan conducir y profundizar la discusión en los aspectos relevantes que se quieren estudiar. Esta guía no es un esquema rígido, sino un medio para asegurar que la información fluya de manera lógica y flexible sin descuidar los objetivos de la entrevista. Se evidencia que la

técnica de entrevista de grupo focal se constituye en un instrumento asertivo para obtener información valiosa y relevante que facilite la construcción de conocimiento con el mismo rigor que lo hace el método científico. El guión base para el desarrollo de los grupos focales con docentes, padres de familia de las comunidades educativas participantes se encuentran en el anexo W.

3.1.2.3 Grupo focal lúdico.

El grupo focal con los niños y niñas tiene las mismas características de los de adultos, con un elemento diferenciador para los estudiantes basado en la didáctica, lúdica – pedagógica, que permitió una conversación amena y centrada en las preguntas del tema de investigación. Para tal fin se elaboraron fichas con imágenes referentes a la alimentación saludable y otras sobre actividad física que les permitirá a los estudiantes de grado primero a quinto comprender las preguntas soportadas en imágenes complementarias.

Al terminar la entrevista a través del grupo focal lúdico. Los estudiantes expresan de manera gráfica sus conocimientos, actitudes y hábitos en una guía de trabajo que recogiera sus apreciados. Los instrumentos de trabajo diseñados para el trabajo con los niños y niñas se encuentran en el anexo Y.

3.1.3 Población participante del proceso de implementación.

La población objeto del estudio estuvo ubicada en diferentes comunidades educativas de Bogotá, en las localidades de Engativá, Barrios Unidos y Mártires, cuyas características se presentan a continuación.

Tabla 5. Población participante y tipo de estrategia de participación de EPEVS

CARACTERISTICAS	COLEGIO OFICIAL CON ESTRATEGIA DE EPEVS	COLEGIO OFICIAL SIN ESTRATEGIA DE EPEVS	COLEGIO OFICIAL CON ESTRATEGIA DE EPEVS LIDERADA POR LA ONG
Localidad	Mártires	Barrios Unidos	Engativá
Estrato	1,2 y 3	1,2 y 3	3
Población	Mixta	Mixta	Mixta
Tiempo de participación de la EPEVS	5 años	0	2 años
Actor que lidera la EPEVS	SSD Y SED	Ninguna	ONG
Jornada de estudio	Mañana	Mañana	Única
Calendario	A	A	A

3.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez obtenidos los datos, se realizó el análisis de la información para establecer los hallazgos de la investigación y descubrir su significado en términos de los objetivos planteados al principio de la investigación. La técnica del análisis se orientó al estudio detallado de los datos obtenidos en el campo así como los arrojados por los diferentes fuentes que brindaron información dadas las categorías de análisis establecidas al inicio de la investigación y aquellas que emergieron dentro del proceso de análisis para elaborar los principales hallazgos, las conclusiones y recomendaciones sobre el proceso de implementación de la política pública referente a la EPEVS en ámbito escolar en el caso estudiado en la administración de “Bogotá Humana”. El trabajo de análisis de información se realizó a través de la elaboración de matrices para y categorizar la información.

El presente documento contiene los principales hallazgos referentes a la implementación de la EPEVS en tres comunidades educativas en Bogotá, las cuales tiene en su gran mayoría características comunes que permite establecer relaciones de comparación entre ellas, dos de ellas son de carácter oficial y una desarrolla la estrategia de promoción de estilos de vida saludables en colegios públicos orientados por la Secretaria de Salud y la secretaría de Educación en la administración de “Bogotá Humana”, comparados con un colegio privado que implementan la estrategia de EPEVS liderada por una ONG especializada en la prevención y atención de problemas de salud cardiovasculares.

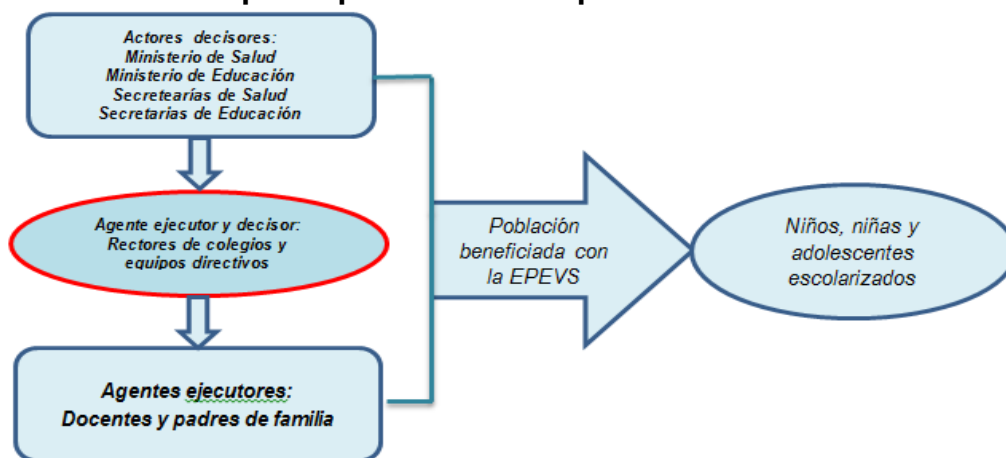
3.3 PRINCIPALES HALLAZGOS POR CATEGORIA DE ANÁLISIS Y ACTORES CLAVE

El análisis parte de la Estrategia de Promoción de Estilos de Vida Saludable, EPEVS, brindó una respuesta a un problema de salud pública en el trabajo con la población escolar. Esta política pública es el elemento articulador entre

el Estado y la Sociedad, que busca modificar los comportamientos de los ciudadanos para formar una generación de colombianos que aseguren su derecho a estar sanos.

Para la formulación e implementación de la EPEVS varios actores han intervenido desde el nivel nacional hasta el nivel local de cada comunidad educativa y para efectos del análisis, se partió de la percepción que cada actor tenía del problema público desde la valoración de cada uno de los decisores, ejecutores y operadores de la política pública y luego se analizó la capacidad de decisión, agencia, sostenibilidad de cada actor, para evaluar finalmente la legitimidad de la EPEVS.

Gráfica 10. Actores participantes en la implementación del EPEVS



3.3.1 La percepción del problema público.

La percepción del problema es el elemento determinante como punto de inicio del análisis de las capacidades de decisión y agencia de los diferentes actores de la política. El primer hallazgo evidencia la dispersión en la percepción de problema público por parte de los actores del mismo sector o nivel para identificarlo y atenderlo a través de una acción conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, pero con una diferencia en la prioridad con la que se atiende el problema y el enfoque desde el cual se enmarcan las acciones de la EPEVS.

- Actores decisores:

ACTOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE EPEVS	PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO	ENFOQUE DE ACCIÓN
Ministerio de Salud y protección social	Incremento de las enfermedades crónicas no trasmisibles, ENT y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV)	Enfoque de derechos y Promoción de la salud
Ministerio de Educación	Problemas de salud pública derivado de los inadecuados Estilos de vida, basado en la alimentación saludable y práctica de actividad física.	Desarrollo de competencias ciudadanas
Secretaria de Salud del Distrito	Violencia, abuso y problemas asociados a salud mental, salud sexual y reproductiva.	Determinantes sociales de salud
Secretaria de Educación del distrito	Salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y prevención del matoneo	Enfoque promocional y desarrollo de la convivencia y ciudadanía

Un factor que afecta la percepción y priorización del problema de salud es el “enfoque” de acción que establecen las diferentes las entidades del gobierno y dificulta la acción intersectorial coherente, que cree un conjunto de obstáculos. Al revisar los enfoques se marcan profundas diferencias y una sola similitud entre el Ministerio de Educación y la Secretaria de Educación de Bogotá, lo cual indicaría que esta es una opción de articulación que facilita la implementación de las políticas públicas en el distrito capital.

Se evidenció que el Ministerio de Educación no trabaja con la Secretaría de Educación de Bogotá debido a diferencias ideológicas entre el gobierno Nacional y el Distrital, argumento manifestado por el coordinador de la Subdirección de Fomento de competencias del Ministerio de Educación: *“hay unas distancias con la Secretaría de Educación y el Ministerio de Salud, por motivos ideológicos con la actual administración y eso no permite que haya un ejercicio similar con el realizado por las otras Secretaría de Educación del país”* (Funcionario MEN). Ante estas diferencias ideológicas, la Secretaria Distrital de Educación de Bogotá, SED, es excluida para desarrollar una estrategia que beneficia a miles de niños, niñas y adolescentes.

Por su parte, la SED está en proceso de construcción de una Política distrital cuyo eje central es el Cuidado y Autocuidado para desarrollar capacidades y

habilidades del Ser y el Saber, así busca responder a las necesidades y problemáticas de salud en las 385 instituciones educativas públicas y otras tantas privadas que no logra atender por falta de capacidad administrativa, financiera y política.

De otra parte es clara la diferencia en el enfoque y percepción del problema de salud en el orden nacional y el distrital, no logran converger para atender el problema de salud pública que va en incremento, especialmente en Bogotá, ciudad que aporta una alta población de enfermos por ENT, cuyas causas son en su mayoría prevenibles. Por esta razón es tan importante implementar la estrategia de promoción de estilos de vida saludable, EPEVS desde los primeros grados de educación.

Pero como se ha evidenciado el trabajo conjunto con el sector la salud, no logra la intersectorialidad. Esta ruptura de la política pública del discurso a la acción y de la labor del orden nacional al distrital en el nivel local, entendido como el territorio de cada comunidad educativa, está la brecha mayor que no deja percibir el real problema y su magnitud.

- Agentes decisores y operadores de la política

ACTOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE EPEVS	PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO	ENFOQUE DE ACCIÓN
Directiva IED implementador de la estrategia de estilo de vida saludable	Problemas respiratorios, digestivos, esquema de vacunación incompleto, desnutrición y sedentarismo.	Sin determinar
Directiva IED no implementador de la estrategia de estilo de vida saludable	Dolores de estómago, gripas, problemas de salud visual, oral y respiratorios y falta de hábitos de higiene.	Sin determinar
Directiva colegio privado implementador de la estrategia de estilo de vida saludable liderado por una ONG	Enfermedades respiratorias (gripas, tos, etc), enfermedades gastrointestinales, Obesidad y sedentarismo, malos hábitos de alimentación y problemas de autoestima.	Sin determinar

Los problemas de salud percibidos por los directivos de los colegios o rectores de éstos, son determinados por criterios de **urgencia**, es decir el problema de salud que afecta la vida de los estudiantes en el momento, lo establecen como el problema de salud de la comunidad, está determinado por el grado de

afectación o gravedad. Una vez estos actores definen el problema como prioritario lo comunican a los padres de familia y docentes para que actúen en consecuencia, creando un filtro de selección de planes, programas o políticas que corresponda a lo que los rectores han señalado como problema de salud que deben atender.

Estos actores son quienes detentan el real poder de decisión para implementar la política pública en sus comunidades educativas, según sus criterios de urgencia y gravedad de la situación de salud de los estudiantes. Al revisar los problemas que perciben en su gran mayoría están relacionados con afecciones respiratorias, propias del clima y condiciones de la ciudad, pero no se promueve la salud como la prevención de enfermedades vitales. La percepción de los directivos docentes incide, sin duda, en la percepción de los docentes y padres de familia cuya percepción de los problemas de salud termina siendo la misma.

La participación de estos actores cumple una doble función, son agentes decisores de política al interior de sus comunidades educativas y a la vez son agentes ejecutores de políticas públicas emanadas del orden nacional o distrital. Es decir el papel que realizan en el proceso de implementación de políticas públicas es fundamental para generar los cambios deseados en la población beneficiada por la estrategia nacional de promoción de estilos de vida saludables en el ámbito escolar en cualquiera de las expresiones que las secretarías distritales expresen su interés de abordarla.

- Agentes ejecutores

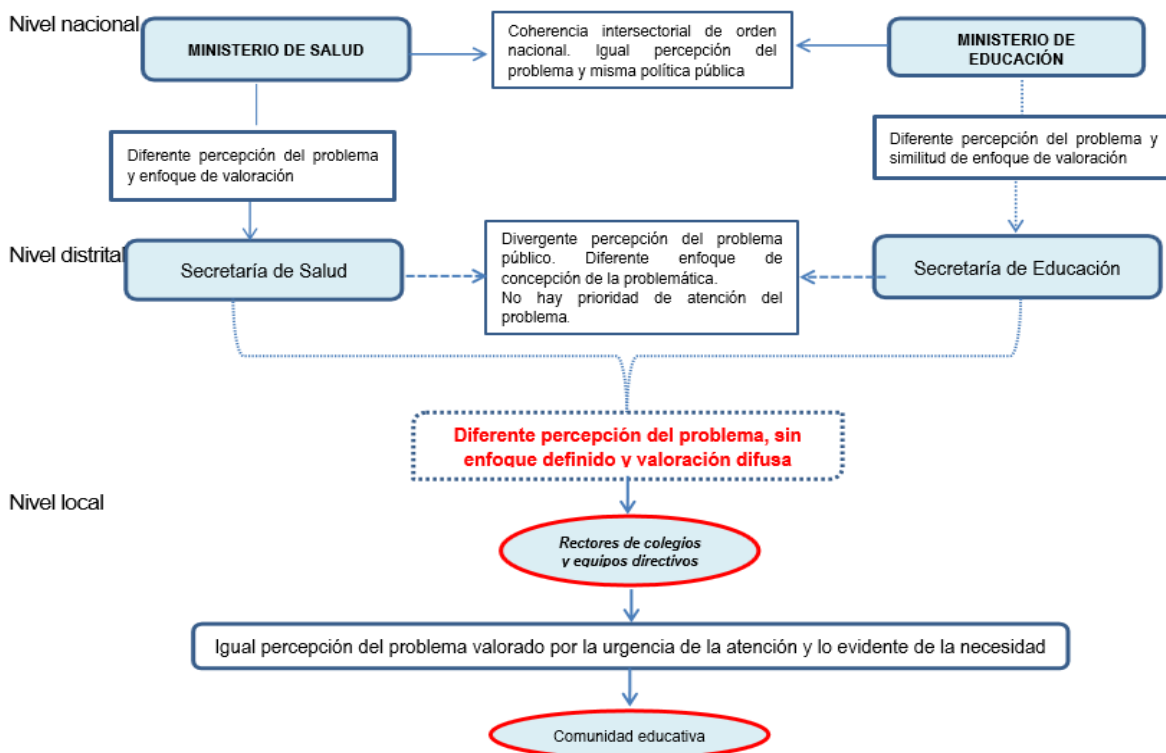
ACTOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE EPEVS	PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO	ENFOQUE DE ACCIÓN
Docentes IED implementador de la estrategia de estilo de vida saludable	Sin establecer	Sin determinar
Docentes IED no implementador de la estrategia de estilo de vida saludable	Problemas de salud oral y visual, falta de hábitos de higiene, problemas de salud mental (agresiones) y desnutrición.	Sin determinar
Docentes colegio privado implementador de la estrategia de estilo de vida saludable liderado por una ONG	Enfermedades respiratorias (gripas, tos, etc), enfermedades gastrointestinales, obesidad y sedentarismo, malos hábitos de alimentación y problemas de autoestima.	Sin determinar

ACTOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE EPEVS	PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO	ENFOQUE DE ACCIÓN
Padres de familia de IED implementador de la estrategia de estilo de vida saludable	Problemas respiratorios, digestivos, esquema de vacunación incompleto, desnutrición y sedentarismo.	Sin determinar
Padres de familia de IED no implementador de la estrategia de estilo de vida saludable	Gripas, esquema de vacunación, problemas digestivos y mala alimentación.	Sin determinar
Padres de familia de colegio privado implementador de la estrategia de estilo de vida saludable liderado por una ONG	Enfermedades respiratorias (gripas, tos, etc), enfermedades gastrointestinales, obesidad y sedentarismo, malos hábitos de alimentación y problemas de autoestima.	Sin determinar

Los docentes y los padres de familia perciben como problemas de salud, aquellos que son fácilmente identificables y tangibles, buscan la atención inmediata y una acción resolutoria pronta. Desconocen que existe un problema de salud de mediano y largo plazo, cuyo resultado se manifiesta en las enfermedades crónicas no transmisibles, con mayor incremento en las enfermedades cardiovasculares. Ante la falta de información y la lentitud con la que se manifiesta dicha enfermedad, derivada de los inadecuados hábitos de vida, nadie se percata de su importancia y necesidad de prevenirla en la población infantil a través de la promoción de la alimentación saludable y la práctica de actividad física.

En general se observa diversidad de problemas de salud que perciben los actores de la política desde su nivel decisor, ejecutor, pero especialmente el grupo de directivas docentes que juegan un doble papel, el de decisores al interior de su comunidad educativa y ejecutores de la política pública cuyas directrices las han establecido los ministerios o secretarías distritales.

Gráfica 11. Percepción diferencial del problema de salud pública por parte de los actores clave



3.3.2 Capacidad de decisión.

Los actores clave que determinan la implementación de la Estrategia de Promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbito escolar, requieren de capacidades intelectuales y materiales que permitan poner en práctica la política pública atendiendo a criterios administrativos, políticos y económicos. El siguiente cuadro sintetiza la capacidad de decisión de cada una de los decisores de la política pública con base en los elementos que hace que su decisión tenga viabilidad y sea efectiva al generar cambios de comportamiento en la población beneficiada, es decir que los miembros de las comunidades educativas tengan un estilo de vida saludable, que se adquieran los conocimientos, se modifiquen las actitudes y los hábitos cotidianos hacia una vida saludable.

Actor decisor	Organización administrativa	Marco político	Recursos económicos	Capacidad de decisión
Ministerio de Salud y protección social	Definido	Definido	Definido	Fuerte
Ministerio de Educación	Por acordar	Definido	Por acordar	Frágil
Secretaría de Salud del Distrito	Por acordar	Por acordar	Definido	Frágil
Secretaría de Educación del distrito	Por acordar	Por acordar	Definido	Frágil
Equipo directivo de los colegios	Definido	Definido	Definido	Fuerte

En primer lugar el Ministerio de Salud realiza la concertación y alianza intersectorial con el Ministerio de Educación busca consolidar la decisión de implementar la EPEVS en el territorio nacional. Los ministerios crean el marco de acción, la articulación al proyecto político de “Prosperidad para todos” y los acuerdos que Colombia establece con los diferentes organismos internacionales para combatir las enfermedades crónicas no trasmisibles; lo cual hace que la capacidad de decisión del Ministerio de Salud sea fuerte, clara y firme. Cuenta con la organización administrativa que le permite llevar a cabo su decisión y con los recursos económicos que aseguran la implementación de la política en el país.

El Ministerio de Educación tiene definido el marco político, establecido en el plan de desarrollo del gobierno, en el cual su capacidad de decisión comienza a debilitarse al tener restricciones administrativas, recurso humano limitado en el orden nacional y restringida financiación para poner en marcha la política pública. El elemento de mayor restricción es la **autonomía** en el ejercicio del quehacer pedagógico que da la Ley 115 de 1994 para los establecimientos educativos, Así se expresa la Ley General de Educación en el artículo 77, el Decreto 1860 de 1994 y la Resolución 2343 de 2996 en sus artículos 4° y 16°. Todo lo anterior hace que el Ministerio de Educación tenga capacidad de decisión frágil al acordar la implementación de la EPEVS con cada una de las Secretarías de Educación de los territorios, lo cual genera costos de transacción elevados y hace que la gestión sea lenta, costosa y con poca cobertura nacional.

La situación de las Secretarías de Salud y Educación del Distrito Capital cambiaron el eje de la política pública de EPEV y su marco político se encuentra en proceso de construcción en la SED, denominado Proyecto de Educación para la Ciudadana y Convivencia, PECC y la Secretaria de Salud comienza a establecer sus líneas de acción para implementar su labor en ámbito escolar desde un gran programa distrital llamado “Territorios Saludables” y desde allí abordar la promoción de la alimentación saludable y la actividad física como una de las muchas líneas de acción que se diluyen en el marco amplio del programa de promoción de la salud de las secretarías.

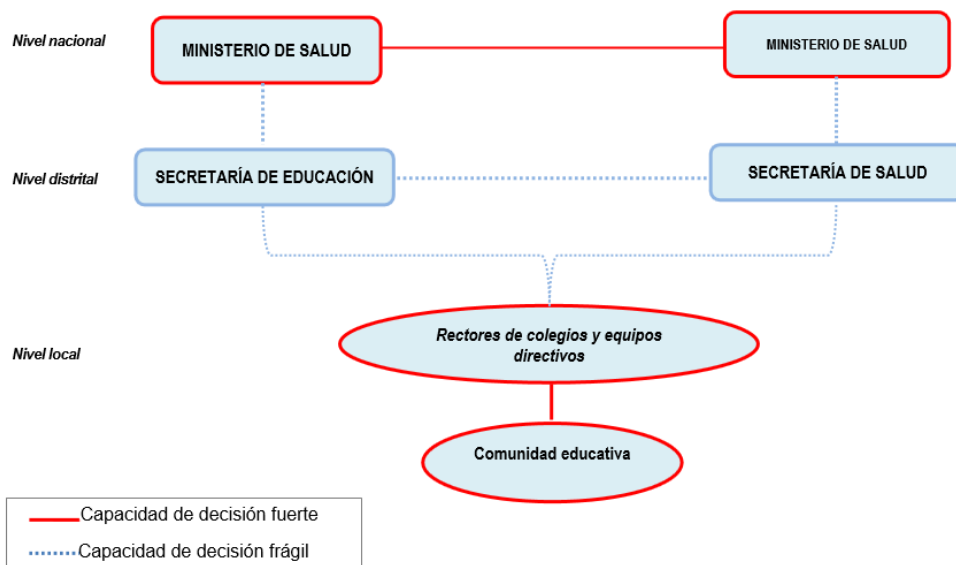
El trabajo intersectorial que en administraciones anteriores se consolidó entre las secretarías de Salud y Educación en el programa “Salud al Colegio”, luego de dos administraciones distritales desaparece en el Plan de desarrollo de “Bogotá Humana”, al desarticular los equipos de trabajo de la SED y la SSD, limitar los recursos, pro el factor que mayor impacto fue el cambio del eje político, al dejar ser una prioridad y decisión distrital trabajar en las comunidades educativas y permitir que sea una opción de implementación que define el rector del colegio quien dada su autonomía puede decidir cuales programas propuestos por las secretarías desarrolla, lo cual conlleva a un proceso de negociación lentos y costosa entre estas entidades.

Todo lo anterior evidencia que las Secretarías de Educación y Salud tienen una capacidad de decisión formal, en el sentido de la competencia legal para establecer normas de política pública, pero en la práctica tienen una fragilidad, por no decir nula capacidad real de decisión y de ejecución ya que éstas dependen, por mandato de la ley, de la voluntad autónoma de los rectores.

Finalmente se llega a la capacidad de decisión de los equipos directivos de los centros educativos, que bajo la denominada autonomía que la ley les otorga, se manifiesta en la selección de planes, programas y políticas públicas que desean implementar en sus comunidades educativas, las cuales se organizan y administran bajo los criterios y directrices de los rectores, actores decisores e implementadores de las políticas públicas. Es decir es en esta instancia

donde se detenta el real poder de las políticas públicas y hace que su capacidad de decisión se fuerte.

Gráfica 12. Capacidad de decisión



3.3.3 Capacidad de agencia.

La capacidad para gestionar los propios logros y asumir con responsabilidad el alcance de los mismos de manera colectiva, es un proceso fundamental para poner en acción el discurso de la política pública que se analiza ahora desde la capacidad de agencia de los diferentes actores de orden nacional al local, es decir de los Ministerios de salud y Educación a las Secretaria de Educación y Salud de Bogotá. La capacidad de agencia del Ministerio de Salud se realiza a través de las acciones de apoyo para desarrollar la estrategia promocional de estilos de vida saludable, EPEVS, a través de los proyectos transversales y las competencias ciudadanas como elementos fundacionales del Proyecto Educativo Institucional, PEI. Además crea el grupo estilos de vida saludable como una de las áreas de enfermedades no transmisibles, para proteger la salud y trabajar en un sentido promocional que permita ejercer el derecho a estar sano.

El Ministerio de Educación Nacional, MEN, desarrolla con el Ministerio de Salud la Estrategia Promocional de estilos de vida saludable la cual la enmarca en el enfoque de Desarrollo de competencias ciudadanas, sin embargo estos ministerios establecen una prioridad diferente que hace que se integre a otras líneas de acción de promoción de la salud en el ámbito escolar. Posteriormente realiza acciones de concertación con las Secretarías Educación certificada y del interés del MEN para desarrollar las gestiones de aprobación, en su orden:

- La primera acción es la gestión directiva, esta labor de persuasión se hace con el rector o equipo directivo del centro educativo con el fin de convencerlos para desarrollar conjuntamente la EPEVS en beneficio de la comunidad educativa que representa.
- La segunda acción de gestión corresponde a la labor académica, la cual hace referencia a la capacitación de docentes, apropiación de los módulos de trabajo pedagógico y las orientaciones para la inserción curricular para mejorar el PEI.
- La tercera gestión es la financiera, la distribución de recursos de la Secretaría de Educación para desarrollar la estrategia en nivel local con los colegios que han aceptado implementarla.
- La cuarta gestión es la comunitaria que hace referencia a concertar la participación activa de todos los miembros de la comunidad educativa: personal directivo y administrativo, docentes, estudiantes, padres y madres de familia en el desarrollo de la estrategia.

Es clara la capacidad de agenciamiento del MEN, con objetivos definidos, estrategia determinada, población objetivo, pero con limitados recursos financieros y humanos en el territorio nacional y sobre todo sin la capacidad de adherencia a la estrategia. Una vez más la política comienza a quedarse en el papel.

A nivel distrital las Secretarías de Salud y Educación, comprometidas con la promoción de la salud, los estilos de vida saludables, lo cual se evidencia en la elaboración de programas distritales que incluyen la promoción de estilos de vida saludable en uno de los ejes de trabajo, construyen estrategias de trabajo con las comunidades educativas pero excluidas de la Estrategia Nacional por motivos anteriormente expuestos, deciden elaborar una estrategia propia en el marco de los proyectos sectoriales Territorios Saludables (SDS) y Educación para la Ciudadanía y la Convivencia (SED), en las comunidades educativas del Distrito, para garantizar el derecho a la salud y el desarrollo de

capacidades ciudadanas por medio de la articulación de acciones pedagógicas con acciones de promoción, prevención y atención orientadas a la afectación de determinantes sociales en salud y al mejoramiento de la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes, en ámbito escolar y se crea el programa “Escuelas protectoras de la salud y la vida”, este programa está orientado a promover las competencias y capacidades para la promoción de la salud, así como la institucionalización de prácticas favorables a la garantía, exigibilidad y restitución del derecho a la salud y a la educación.

En las Instituciones Educativas del Distrito se realizan acciones de salud escolar para el fortalecimiento de prácticas de autocuidado, clima social escolar, protección y corresponsabilidad familiar, en el Proyecto de Educación para la Ciudadanía y la Convivencia (PECC) de la Secretaría Distrital de Educación. Desarrollar los programas mencionados anteriormente ha generado amplias brechas, dados los enfoques sobre los cuales se enmarca el trabajo de cada uno de los equipos de las secretarías.

La Secretaría de Salud plantea un trabajo desde los determinantes sociales de salud y la Secretaría de Educación en el enfoque promocional y desarrollo de la convivencia y ciudadanía para la formación de capacidades del Ser y el Saber. Este aspecto ha abierto una brecha respecto de las prioridades de agencia y al quehacer de las políticas, al punto de decidir cada entidad trabajar con las comunidades educativas por separado.

De acuerdo con la información recibida, considerando que no existen recursos para atender todas las comunidades educativas de la capital, los equipos de la Secretaria de Salud, se enfrenta a la disyuntiva “*hacer poquito en muchas partes o hacer mucho en poquitas partes*” (Funcionario de la SDS), ante lo cual deciden la segunda opción, es decir, elegir un colegio de mayor población para motivar al rector y a un docente que le interese el tema de la Promoción de Estilos de vida saludable y comenzar a desarrollar su propia estrategia distrital de atención desde el programa Territorios Saludables y por tanto, intencionalmente, deciden no atender a todos los colegios.

Como es evidente el trabajo de salud en el ámbito escolar es una oportunidad para mejorar la imagen de la Secretaria de Salud en Bogotá Humana, se deja de lado el propósito fundamental de la atención de un problema de salud pública y su capacidad de agenciamiento se reduce a la persecución de las directivas docentes.

En el caso de la Secretaria de Educación, parte de la creación de un Programa educativo para la Ciudadanía y Convivencia, PECC, a través del cual el eje central es el Cuidado y Autocuidado como elementos fundamentales para la formación de los procesos de promoción y prevención, así se enmarca la política distrital de Bogotá Humana, que establece una directriz para realizar acciones concretas para cada población escolar. Se trabaja por demanda a partir de lo que está surgiendo en los colegios, cada colegio es un universo diferente y cada localidad tiene una problemáticas distintas. El trabajo que se propone a las directivas docentes es potestad de ellas aceptarlo o no hacerlo debido a la “autonomía” que les inviste.

Un hallazgo relevante corresponde a los actores claves con doble papel en la política, tal es el caso de los **rectores decisores y agentes** con el mayor poder de la autonomía en el proceso de implementación, los equipos directivos y rectores de los colegios, son las personas que tomas las decisiones y filtran las políticas, planes o programas a desarrollar con la comunidad educativa, su poder está determinado por: el conocimiento de su comunidad y pueden identificar los intereses y necesidades de sus miembros, de otra parte porque existen tantos proyectos y programas dirigidos a esta población que logran saturar la gestión de directivas, docentes, padres de familia y obviamente de los estudiantes.

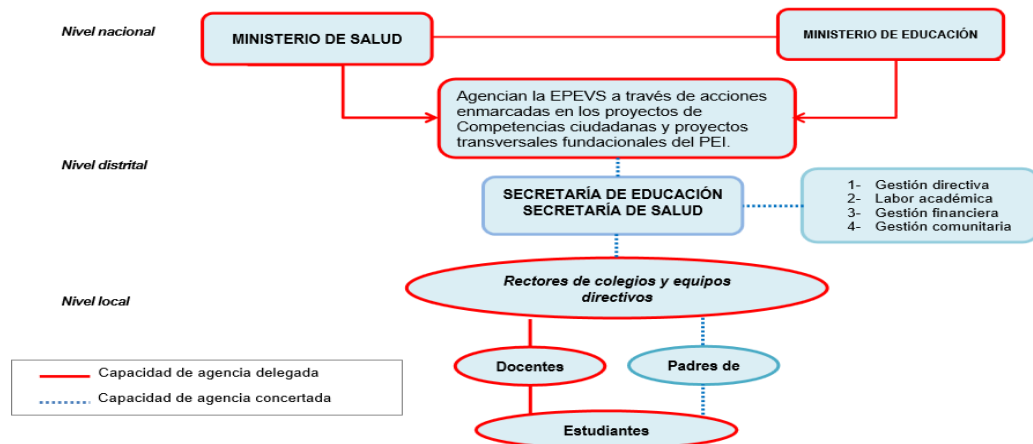
La capacidad de gestión de los rectores y equipos directivos inicia al recibir cada propuesta de la política, que se puede denominar así porque tiene la opción de ejecutarla o no hacerlo. Luego deciden implementarla y articularla al Proyecto Educativo Institucional, PEI, o hacer una integración curricular. Obviamente no desconoce a los padres de familia a quienes les comunica la pertinencia del trabajo colectivo, la estrategia de implementación en su

comunidad educativa y los invita participar activamente en ella. Es decir la capacidad de agencia es activa y se base en la convicción, la persuasión y la participación de los miembros de la comunidad educativa.

Los docentes son agentes operadores de las decisiones que tomen los rectores y ejecutan las políticas desde un contexto pedagógico en el cual que ejercen su “autonomía” para adaptar o ajustar las directrices de la política pública, son éstos quienes en ausencia o falta de participación de los padres de familia asumen las acciones responsables y comprometidas que buscan el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes hacia un estilo de vida saludable.

La capacidad de agencia de los docentes se manifiesta en las diferentes actividades pedagógicas que realizan a través de las áreas académicas, los proyectos transversales y las jornadas especiales. En contraste se observa la capacidad de agencia de los padres de familia cuyas acciones al logro colectivo están determinadas por la motivación, interés y delegación a los docentes. Manifiestan una actitud crítica frente a cada decisión del colegio y expresan interés por participar, pero en el momento real de hacerlo brillan por su ausencia y dejan la labor formativa a los docentes, directivos y en caso expreso y manifiesto, al Estado como principal responsable de la salud de los ciudadanos.

Gráfica 13. Esquema de capacidad de agencia por parte de actores clave



3.3.4 Capacidad de sostenibilidad.

Es importante recordar que la capacidad de sostenibilidad hace referencia a la viabilidad de cumplimiento en el tiempo y espacio de la política pública con el fin de modificar comportamientos y generar soluciones a un problema público. En este caso se presenta débil capacidad de sostenibilidad de la EPEVS, resultado de las rupturas entre la capacidad normativa y la capacidad fáctica de decisión entre las entidades del Estado y los agentes en el ámbito escolar y de la diferencias en la percepción y prioridad del problema público objeto de la política.

Los lineamientos de la Estrategia de Promoción de Estilos de vida saludable se ha transformado de los lineamientos y guía operativa a la creación de nuevas propuestas que diluyen la intención inicial y no logran atender el problema de salud pública que va en incremento. Otro factor que hace que la capacidad agencia sea débil es la falta de recursos, no obstante que a nivel nacional los Ministerios de Salud y de Educación establecieron metas y objetivos claros, argumentado la situación de un problema público que debe ser atendido y prevenido desde la Escuela, y para ello contaban con recurso económicos propios de las Secretarías, pero esto no fue suficiente para poner en practica la política en las comunidades. Al llegar esta política al nivel territorial y tener que ser negociada con cada equipo directivo de los colegios se evidencia una falta de coordinación entre actores y carencia de normas establecidas, pero lo más difícil es la falta de acompañamiento y monitoreo a la implementación.

En aquellos casos en los que es aceptada por los colegios se requiere la coordinación, persuasión y motivación de los docentes quienes deben desarrollar una actividad más de las habituales, sin obtener un incentivo, un reconocimiento y sin contar con los recursos didácticos que faciliten su labor pedagógica en el quehacer con los estudiantes y con los esquivos padres de familia.

Los principales hallazgos que se derivan de la información ofrecida por los actores consultados sobre la política para establecer la capacidad de

sostenibilidad de la Estrategia que promueve un Estilo de vida saludable, se puede resumir así:

ACTOR DE LA POLITICA	OBJETIVOS CLAROS	DIRECTRICES DE EJECUCIÓN	NORMAS ESTABLECIDAS	RECURSOS GARANTIZADOS	ACCIONES COORDINADAS CON AGENTES
Ministerio de Salud	✓	✓	✓	✓	✓
Ministerio de Educación	✓	✓	X	X	X
Secretaría de Salud del Distrito	X	X	X	X	X
Secretaría de Educación del Distrito	✓	X	X	X	X
Equipo directivo de los colegios públicos	✓	X	X	X	X
Equipo directivo de lo colegio privado	✓	✓	✓	✓	✓
Docentes de los centros educativos públicos	X	X	X	X	X
Docentes de colegio privado	✓	✓	✓	✓	✓
Padres de familia	X	X	X	X	X

✓ : SI X: NO

Es importante tener presente la importancia y la valoración que tiene para los diferentes actores de la EPEVS, pues el proceso de sostenibilidad está atravesado por factores socioculturales que viabilizan la implementación de la política pública y determinan la factibilidad y permanencia de esta para generar los cambios de compartimento en la población beneficiada.

Legitimidad

A partir de las nociones de Weber y Habermas, Ocampo (2012) postula que el concepto de legitimidad de la política pública implica la existencia de un proyecto político que sirve como referente para la formulación de un cuerpo coherente y organizado, con propósitos, objetivos y metas necesarios para dar solución a una situación problemática o problema público y se reflejan los resultados reales de la gestión del Estado, apoyado en un marco normativo que pueda ser considerado legítimo, es decir que convoque la voluntad de obediencia de los ciudadanos.

La legitimada así entendida y aplicada a la EPEVS en el ámbito escolar, se enmarca en un proyecto político de orden Internacional el cual se articuló con las decisiones políticas del Estado en diferentes momentos y a través de diversas expresiones normativas que soportan la decidida acción del Estado para atender el problema de salud pública. Siendo coherentes las políticas nacionales con las políticas subnacionales se establecen los lineamientos de acción para la participación de los diferentes actores y agentes de la política. Allí se contemplan los propósitos, objetivos y metas necesarios para que la sociedad genere los cambios necesarios que les permita dar solución a la situación y reflejan los resultados reales de la gestión en un futuro a mediano y largo plazo, pues los cambios prácticas, hábitos y creencias no se manifiestan en corto tiempo.

Se ha establecido el marco normativo que pueda ser considerado legítimo, para convocar la voluntad de acción y obediencia de los actores llamados a implementar la EPEVS en las escuelas y colegios del país. Sin embargo como se ha mostrado en los hallazgos del estudio, esta política pública debe ser pactada con cada centro educativo, justificado por estos como respeto a la “Autonomía” y por el lado de los agentes decisores y operadores de la política como “participación” y no imposición. Es decir se hace evidente la brecha entre el discurso y la práctica, entre las buenas intenciones y la falta de acción o en la puesta en marcha de acciones innovadoras pero desarticuladas de la motivación original de la política pública para ejecutar⁵. Situación sintetizada en la expresión del funcionario de la Secretaria de Salud del Distrito al afirmar que “normativamente somos obedientes pero intentamos hacer cosas distintas”.

⁵ Es importante anotar que en lo referente al seguimiento y monitoreo de las actividades de la secretaría de Educación, en la administración de Bogotá Humana, el Acuerdo 498 de 2012 expresa claramente el carácter obligatorio de presentar anualmente en el mes de septiembre el informe de gestión que evidencie las estrategias de promoción de alimentación saludable y actividad física, para mejorar la calidad de vida y salud de la población expuesta o con problemas de obesidad de sobrepeso y obesidad del Distrito capital. Ante esta norma se solicitó una copia del informe ante el Concejo de Bogotá, como instancia coordinadora de las actividades de monitoreo y su respuesta fue sorprendente al manifestar que no cuentan aún con ningún informe referente al Acuerdo 498 y no han hecho el seguimiento a estas acciones. El Acuerdo en mención, el derecho de petición ante la respuesta del Concejo de Bogotá se encuentran en los anexos de este capítulo.

La anterior expresión deja en claro que la voluntad de obediencia no es un factor presente en la implementación de la Estrategia de promoción de estilos de vida saludable, la cual carece de argumentos contundentes para el convencimiento de agentes y carecer de incentivos que regulen la implementación, entonces se convierte en un interés particular por algunos agentes decisores o ejecutores de la política para quedar reducida una opción de ejecución que puede dejar de beneficiar a una amplia población de niños y niñas sanos hoy, pero unos potenciales enfermos por causa prevenirles en el mañana.

Dicho lo anterior, es importante establecer un indicador que evidencia la importancia de implementar la Estrategia de Estilos de vida saludable en el ámbito escolar como una manera de solucionar el problema de salud pública y no seguir diluyendo la implementación en actividades ocasionales. Y se logre cumplir con la cobertura total de la población escolar para prevenir la morbilidad en los niños, niñas y jóvenes en un mediano y largo plazo a través de la EPEVS en el ámbito escolar en la ciudad de Bogotá. Este proceso debe comprender la identificación de la tasa de crecimiento de la población escolar (entendida como la variación que tiene el número de estudiantes en dos períodos de tiempo), e igualmente, la tasa de crecimiento de la población total de la ciudad; también es necesario identificar el porcentaje de estudiantes que padecen factores de riesgo cardiovascular, porcentaje a tener en cuenta para el año de inicio de la comparación proyectiva periódica, población beneficiada año tras año con el programa “Escuela para la salud y la vida”, y para este mismo año, se requiere tener el porcentaje de población adulta, mayores de 18 años, que padecen de enfermedades cardiovasculares y la tasa de crecimiento o disminución de dichas afecciones en los adultos, por rangos de edades. Estos datos permitirán hacer comparaciones y proyecciones a futuro de los beneficios del programa efectuado con los escolares. Con los datos de referencia se tendría el indicador de porcentaje de estudiantes beneficiados con el programa “Escuela para la salud y la vida”, así:

Sigla se denominará: PEBESYV. Referente a porcentaje de estudiantes beneficiados con el programa “Escuela para la salud y la vida.

El objetivo de este indicador es: Identificar el porcentaje de estudiantes que cada año se benefician con el programa Escuela para la salud y la vida.

Método de Medición: Dividir el número de estudiantes matriculados en los colegios de la ciudad que participan en el programa “Escuela para la salud y la vida” (M_{esv}) sobre la matrícula total de estudiantes de la ciudad (M_t), multiplicado por 100.

Unidad de medida: Porcentaje Formula: $PEBESYV = \frac{M_{esv}}{M_t} * 100$

Variables:

M_{esv} = Número de matriculados que participan en el programa M_t = Matrícula total

Concepto estadístico – Evaluación permanente: Un porcentaje alto como resultado, demuestra que el programa está llegando a un gran número de niños, niñas y jóvenes; que esta población está mejorando sus hábitos saludables, incidiendo en la salud pública.

Frecuencia del cálculo del indicador: Anual

Fuente de información: Censo Dane C-600, Caracterización sector educativo- Secretaría Distrital de Educación – Sistema de información de matrícula del MEN – SIMAT.

Desagregación temática: Rangos de edad. Desagregación geográfica: Localidades de la ciudad.

Limitaciones del indicador: Disponibilidad de información.

La gestión, análisis y evaluación del desarrollo del programa “Escuela para la salud y la vida”, se observará y retroalimentará año a año; pero los resultados más evidentes se apreciarán después de 10 años, período suficiente para modificar hábitos, consolidar el autocuidado, fortalecer las políticas públicas de prevención de enfermedades, mediante el trabajo intersectorial para beneficiar a corto, mediano y largo plazo la salud pública y las finanzas de la ciudad., ya que se optimiza el gasto público y privado.

A continuación se presenta la matriz con todos los hallazgos relevantes identificados en el proceso de investigación y analizados en este documento.

3.3.6 Matriz de hallazgos por categoría de análisis y actores clave

ACTORES	PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA	CAP. DECISIÓN	CAP. AGENCIA	CAP. SOSTENIBILIDAD	LEGITIMIDAD	CATEGORIA EMERGENTE
MINISTERIO DE SALUD MSPS	El Ministerio de salud identifica diferentes Problemas de salud pública en el ámbito escolar como: el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alimentos poco saludables, muchos de ellos generan factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (diabetes, cáncer, enfermedad cardiovascular ECV y enfermedad pulmonar crónica.)	El Ministerio de salud lidera y financia la estrategia promocional de estilos de vida saludable, EPEVS y acompaña al Ministerio de Educación en la implementación con las Secretarías de Salud y Educación.	El MSPS apoya al Ministerio de Educación en el proceso de implementación de la EPEVS, a través de las capacitaciones a los funcionarios de las secretarías de educación y salud en los territorios. La capacitación aborda los tópicos de: práctica de la actividad física, no consumo de alcohol, no consumo o exposición al humo del tabaco y el consumo de alimentos saludables.	La sostenibilidad de la estrategia EPPEVS depende de la voluntad de vinculación de las Secretarías de Educación y Salud por medio de sus funcionarios. Se fortalece el PEI alrededor de la EPEVS con base en las herramientas que ofrecen los Ministerios. Se garantiza la asistencia técnica y el acompañamiento de la EPEVS, con recursos de los departamentos y el Minsalud aporta 1300 millones año.	El plan decenal de salud pública establece los parámetros de acción delimita la estrategia de trabajo, los actores y el propósito de la EPEVS. Se traza la ruta de gestión y se apoya con herramientas pedagógicas.	La Autonomía del sector educativo, específicamente la de las directivas de los colegios hace presencia parmente y determinante para desarrollar la EPEVS, si la institución no quiere trabajar la estrategia es libre para no implementar.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN MEN	Establece claramente la presencia de un problema de salud pública que está afectado por el estilo de vida y se enmarca en la promoción de la salud que responde a compromisos del país ante ciertas responsabilidades internacionales.	El MEN junto con el Ministerio de Salud se diseñó la EPEVS para ámbito escolar cuyos ejes principales de trabajo son: la alimentación saludable y la práctica de actividad física. Decidió trabajar con las Secretarías de Educación certificadas del país., pero el propósito actual <u>no</u> es cubrir el 100% de las secretarías del país, sino consolidar la implementación de la EPEVS en los territorios donde se encuentran más estructuradas y ampliar gradualmente la cobertura dependiendo del contexto en cada entidad territorial.	La agencia de la EPEVS, se enmarca en el enfoque de desarrollo de competencias ciudadanas, así se ejecutan las acciones de concertación con las Secretarías de Educación y se desarrolla en las cuatro gestiones de aprobación: la gestión directiva (rector), la gestión académica (Lo pedagógico), la gestión financiera y la gestión comunitaria. Brinda Formación a funcionarios de esas Secretarías, se realiza el acompañamiento y seguimiento a los docentes (agentes operadores) y se realiza la Evaluación y	El MiEN no tiene capacidad de mantener la EPEVS se requiere de la articulación desde lo conceptual, operativo y pedagógico con otros sectores aliados y de la gestión comprometida de las Secretarías de Educación y directivas de los colegios.	No existen lineamientos para implementar la EPEVS con carácter vinculante, lo que el MEN brinda son orientaciones pedagógicas para que cada establecimiento educativo en el marco de su autonomía implemente y revise que aspectos son provechosos y la ruta metodológica y didáctica sea adapté a su contexto para promover estilos de vida saludable.	El actor decisor es la Secretaria de Educación y los directivos de cada colegio. La decisión depende de la problemática identificada por los rectores Los colegios son Autónomos para decidir la realización de los programas que se implementan en las comunidades educativas, la Ley 115 de 1994 avala su autonomía. Los imaginarios que tengan los profesores también inciden en la implementación y la promoción de estilos de vida

			<p>sistematización de la EPEVS.</p> <p>Su capacidad de agencia esta limitada por los recursos humanos, técnicos, financieros y la poca adherencia de la estrategia en los proyectos generales del MEN.</p>			<p>saludable en las comunidades educativas.</p>
<p>SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ SSD</p>	<p>Los principales problemas de salud pública que se atienden en el ámbito escolar son: violencia, abuso y problemas asociados a salud mental, salud sexual y reproductiva.</p>	<p>El equipo del programa Territorios Saludables en el ámbito escolar decide junto con la comunidad educativa cuál es el problema de salud a atender.</p> <p>Desde el trabajo de atención básica en el enfoque de determinantes de sociales de salud.</p>	<p>Intencionalmente no se atienden todas las comunidades educativas, solo se identifican las comunidades educativas de mayor importancia según el tamaño de su población, y se acuerda con la SED las comunidades educativas con las que la SSD trabajará o se define a través de un mapa por georeferenciación.</p> <p>La capacidad de agencia es muy difícil porque se ha transformado la estrategia de Escuela promotora de salud, llamada Salud al Colegio, se acaban los equipos intersectoriales de trabajo en ámbito escolar saludables.</p>	<p>La sostenibilidad del Programa Escuela salud y vida, depende de la iniciativa y la sensibilidad de cada institución educativa, del interés y motivación de los rectores y docentes ante el problema a atender.</p> <p>Una vez aceptado por los colegios la implementación de la estrategia de salud solo es posible mantenerla si se hace integración curricular.</p> <p>El equipo de la SSD establece relación con directivas y docentes que le interese el tema para convencerlos y poder desarrollar la estrategia.</p>	<p>Se pierde de vista el tema de la promoción en salud y se queda preventivo selectivo y no se logra permear al colegio el tema de los hábitos y estilos de vida y en el programa Salud al colegio se avanzó con la lógica promocional de salud en el ámbito escolar.</p> <p>“Normativamente somos obedientes pero intentamos hacer cosas distintas”</p>	<p>La principal prioridad en la administración de Bogotá Humana en el sector salud es mejorar la imagen de la SSD ante la comunidad, por eso el interés es que la comunidad vea lo que está haciendo la SSD y señale los resultados tangibles, lo cual pone al equipo de la SSD frente a la disyuntiva “hacer poquito en muchas partes o hacer mucho en poquitas partes”. Ante lo cual deciden la segunda opción.</p> <p>La administración de Bogotá Humana, no construyó sobre programas exitosos, dicho por la SSD: “No hubo un reconocimiento de lo hecho y se comenzó de nuevo”.</p>
<p>SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ SED</p>	<p>Los principales problemas de salud que se abordan desde los programas de la SED, son: Salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y prevención del matoneo. El enfoque promocional enmarca las</p>	<p>Toda acción que se realice en el sector de educación debe estar enmarcada dentro del proyecto de Educación para la Ciudadanía y Convivencia, PECC.</p> <p>En Bogotá Humana, los</p>	<p>La SED, trabaja con base en los componentes de la estrategia de salud y calidad de vida, su propósito es fortalecer en los estudiantes la toma de decisiones</p>	<p>La sostenibilidad de la estrategia de promoción de la salud se hace a través de las acciones que se articulan al currículo de todas las disciplinas del saber para que estén atravesadas</p>	<p>Toda acción en el sector educativo debe estar enmarcada en la política de convivencia y ciudadanía sobre las que se quieren</p>	<p>El programa Salud al colegio fue el antecedente que permitió la intersectorialidad efectiva de promoción de la salud desde la</p>

	acciones del sector.	temas de salud los debe asumir el sector salud. Las decisiones en los colegios las toman los rectores y equipos directivos respecto a la implementación de los programas, debido a que existe completa autonomía otorgada en ley de educación.	saludables en su propia vida, a través de un programa que establezca una directriz para realizar acciones concretas para cada población escolar. Se trabaja por demanda a partir de lo que está surgiendo en los colegios, y cada localidad tiene una problemáticas diferente.	por la convivencia y la ciudadanía, promoviendo habilidades para el ser y el saber. Los docentes son los agentes que sostienen la estrategia al rededor del currículo y el componente de convivencia y ciudadanía es transversal en todas las áreas de saber y del ser fortalezcan el tema de la convivencia y de la ciudadanía y del cuidado y del autocuidado.	construir todas las acciones de la SED. El discurso de EPVS es adverso a la realidad de las familias y no está enmarcado en el PECC como plan de acción.. Hay una contradicción entre las políticas de la Nación y el Distrito, en este campo de hábitos de vida saludable dado el enfoque y las prioridades.	Escuela Saludable. El enfoque de trabajo de prevención y promoción de la calidad de vida en Bogotá Humana, se basa en el cuidado y el autocuidado para dar sentido a las acciones de formación de la población escolar para fortalecer la capacidad de toma de decisiones acertadas para su propia vida y es la génesis los hábitos de vida saludable.
DIRECTIVA IED IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	Los principales problemas de salud que perciben las directivas del colegio en sus estudiantes son: Problemas respiratorios, digestivos, esquema de vacunación incompleto, desnutrición y sedentarismo	Las decisiones las toman las directivas del colegio bajo criterios de bienestar de la comunidad educativa.	Se ha desvirtuado el programa distrital que promovía los Estilos de vida saludable referente a la alimentación saludable y la práctica de actividad física y se redujo a la realización de actividades semestrales.. El cambio de administraciones distritales ha dificultado la implementación y la continuidad del programa. Ocasionalmente se hace Integración curricular para desarrollar actividades de promoción de salud.	La sostenibilidad de una política distrital depende de la articulación de ésta con la red de entidades distritales y del interés de los equipos directivos de los colegios. Un factor determinante para la sostenibilidad de programas o planes distritales es la articulación curricular a través de proyectos transversales como: PIGA (Proyecto Integral de Gestión Ambiental) y PRAE (Programa de Educación Ambiental).	El programa está vinculado a Territorios saludables, se es un espacio de concertación y acuerdos que no obligan a las comunidades educativas a vincularse.	Hay diversos programas distritales para la promoción de estilo de vida saludable como: Refrigerios saludables y 40 por 40 Directivas filtran programas para evitar saturación de actividades y poder desarrollar contenidos académicos obligatorios. Se evidencia competencia entre entidades del Estado y su interés es mostrar resultados.
DIRECTIVA IED NO IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	Los principales problemas de salud que perciben las directivas del colegio son: Dolores de estómago, gripas, problemas de salud visual, oral y respiratorios y falta de hábitos de higiene.	Las directivas del colegio toman las decisiones sobre los programas que se deben desarrollar en el colegio, si no son de carácter obligatorio se pueden omitir.	El desarrollo de las políticas distritales las realizan los docentes, a través de actividades pedagógicas dentro de las áreas y proyectos trasversales, requieren de acompañamiento de	La capacidad de sostenibilidad depende de los recursos dados por la SED y la articulación entre el sector salud y la secretaria de educación. La sostenibilidad la	La estrategia de promoción de salud referente a los Estilos de vida saludables no se reconoce, ni valora como necesaria, ni pertinente para la	Los medios de comunicación no solo informan educan e inciden en los EVS, con ellos se debe establecer la alianza.

			diferentes entidades del gobierno y la empresa privada	garantiza el presupuesto del programa.	comunidad educativa.	
DIRECTIVA COLEGIO PRIVADO IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE LIDERADO POR UNA ONG	Los principales problemas de salud que perciben las directivas del colegio son: Enfermedades respiratorias (gripas, tos, etc), enfermedades Gastrointestinales, Obesidad y sedentarismo, malos hábitos de alimentación, como factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y problemas de autoestima.	El equipo directivo está en capacidad de tomar las decisiones que afectan a la comunidad educativa y adaptar aquellas que sean de carácter obligatorio.	Los docentes capacitados y motivados, responden a las iniciativas de implementación de los programas que se desarrollen el colegio. En este caso es evidente la importancia que adquirió para los docentes desarrollar la EPEVS con los miembros de la comunidad educativa. Generó espacios acompañamiento por la ONG líder de la estrategia.	La capacidad de agencia depende de la importancia que el equipo directivo asignen a la EPEVS para asignar los recursos y tiempo de trabajo pertinentes para el éxito del trabajo. El equipo directivo valora la pertinencia de la EPEVS y bajo criterios del bienestar de la comunidad educativa acepta el desarrollo de la estrategia y realiza la integración curricular.	La EPEVS se evaluó a nivel directivo del colegio y se decidió la participación voluntaria para implementarla, luego de la estrategia fue presentada a la comunidad educativa después de la decisión de las directivas para su aval y adherencia a la estrategia y se ha desarrollado por varios años bajo las directrices y precepto de las directivas.	Es importante para el desarrollo de la EPEVS brindar la información del problema de salud a la comunidad educativa, hacer la sensibilización del problema a directivas, docentes y padres de familia para darle sentido al trabajo y establecer la coherencia entre la misión del colegio y la pertinencia del EPEVS.
DOCENTES IED IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	LA RECTORA NO AUTORIZO LA REALIZACION DEL GRUPO FOCAL CON DOCENTES	LA RECTORA NO AUTORIZO LA REALIZACION DEL GRUPO FOCAL CON DOCENTES	LA RECTORA NO AUTORIZO LA REALIZACION DEL GRUPO FOCAL CON DOCENTES	LA RECTORA NO AUTORIZO LA REALIZACION DEL GRUPO FOCAL CON DOCENTES	LA RECTORA NO AUTORIZO LA REALIZACION DEL GRUPO FOCAL CON DOCENTES	La rectora toma las decisiones del colegio que afectan a todos sus miembros.
DOCENTES DE IED NO IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	Los docentes del colegio manifiestan claramente los siguientes problemas de salud como aquellos que se deben atender desde el ámbito escolar: problemas de salud oral y visual, falta de hábitos de higiene, problemas de salud mental (agresiones) y desnutrición.	Las principales decisiones emanadas por el Ministerio de Salud., el Ministerio de Educación, las directivas del colegio decidan la pertinencia de la EPEVS como estrategia de trabajo en los colegios, el equipo directivo debe avalar su pertinencia e implementarla en las comunidades educativas.	La capacidad de agencia de la EPEVS se debe hacer en jornadas de trabajo en compañía del sector salud (Hospital o SDS) y a través de la integración curricular o en los Proyectos pedagógicos transversales PRAE, educación sexual o en el de ética y valores. Además de establecer un trabajo intersectorial por medio de Alianzas público – privadas.	La capacidad de sostenibilidad de la EPEVS depende de factores de tiempo asignado para desarrollar la estrategia y de los recursos físicos, humanos y financieros. Además de la continuidad que tengan las administraciones distritales para mantener los programas en el ámbito escolar.	La EPEVS no es de carácter obligatorio su desarrollo, no tiene consecuencias su implementación o no en las comunidades educativas, lo cual se manifiesta en la falta de compromiso y obediencia. Todo es voluntario.	La continuidad del programa de Salud al Colegio hubiese permitido el desarrollo de la EPEVS en los colegios porque la comunidad sabe del trabajo organizado y constante del programa. Ahora no es clara la estrategia de Bogotá Humana: "Hay saturación de programas distritales desarticulados y sin sentido.

DOCENTES DE COLEGIO PRIVADO IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE LIDERADO POR UNA ONG	Los principales problemas de salud que perciben son: Enfermedades respiratorias (gripas, tos, etc), problemas digestivos, sedentarismo, malos hábitos de alimentación, presencia de obesidad,, malnutrición y problemas de autoestima.	El equipo directivo del colegio evalúa la pertinencia del programa y toma la decisión de implementar la estrategia EPEVS. Posteriormente los docentes deciden la manera adecuada de desarrollar la estrategia con la población a quien va dirigida.	Los docentes desarrollan la EPEVS que lidera, acompaña y monitorea la ONG durante el año escolar. Se articula la estrategia con las áreas básicas. Se realizan Escuelas de padres sobre los temas centrales de la estrategia de promoción de la salud.	La capacidad de sostenibilidad de la EPEVS depende de la valoración que se haga del problema de salud pública. La magnitud del problema determina la frecuencia y constancia del trabajo pedagógico con los padres de familia y estudiantes.	La estrategia implementada es de carácter obligatorio, las directivas así lo deciden .Los docentes conocen las consecuencias del problema público y las ventajas del trabajo en la población escolar.	La EPEVS está dirigida al sector público y dejan de lado a los colegios privados. Ayuda a prevenir enfermedades en los niños de hoy. El trabajo con los niños tiene resultados más duraderos.
PADRES DE FAMILIA IED IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	Los padres de familia del centro educativo identifican como problemas de salud prioritarios de atender :Enfermedades respiratorias, Piojos Sobrepeso y obesidad Sedentarismo	Las directivas del colegio deciden las acciones a desarrollar en la comunidad educativa. Los padres de familia participan en la medida del interés y motivación que transmitan las directivas.	La principal responsabilidad es del colegio, su rectora y docentes, en segunda instancia le corresponde a los padres de familia porque los niños pasan más tiempo en el colegio que en la casa.	La capacidad de sostenibilidad depende del compromiso e interés de los profesores y directivas.	La implementación de la estrategia es voluntaria y nada obliga a desarrollarla ni mantenerla. Todo depende de voluntades de los docentes. Aunque inicio con fuerza ahora solo hacen actividades esporádicas.	Saturación de proyectos y programas desarticulados desde las diferentes secretarías que desgastan y no evidencia resultados permanentes, "Todo es una moda"
PADRES DE FAMILIA DE IED NO IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	Los padres de familia manifiestan que los principales problemas de salud para atender en el colegio son: Gripas, esquema de vacunación, problemas digestivos y mala Alimentación	Las decisiones siempre la toman las directivas del colegio. A veces hay participación de los padres de familia.	La agencia de la estrategia es responsabilidad de los funcionarios del Estado. Los docentes y directivas en segundo lugar y los padres cumplen con asistir a algunos talleres referentes al tema y esto depende de la motivación.	La sostenibilidad de la estrategia de salud depende de los intereses de las directivas y docentes.	No hay reconocimiento de la existencia de un programa sobre la Promoción de estilo de vida saludables en ámbito escolar.	Las políticas públicas de prevención en el ámbito escolar no son ampliamente divulgadas. No hay control de las tiendas escolares y esto es contradictorio con los propósitos de la EPEVS.
PADRES DE FAMILIA DE COLEGIO PRIVADO LIDERADO POR UNA ONG	Los principales problemas de salud que perciben y valoran como prioritarios de trabajar con los estudiantes en el colegio son: enfermedades digestivas, respiratorias sobrepeso de los niños, malos hábitos de alimentación y problemas de aprendizaje.	La decisión de desarrollar la EPEVS en el colegio es potestad del equipo directivo del colegio, no importa quien la lidera, puede ser el sector público o privado, aunque la mejor opción es la que desarrolla la empresa privada ONG	Los padres de familia ceden la capacidad de agencia de la EPEVS a los docentes, según el criterio de los padres de familia son los docentes los llamados a promover en primer lugar un estilo de vida saludable en los niños y niñas.	La sostenibilidad de la estrategia de promoción de un estilo de vida saludable que lidera la ONG está determinada por la acción de los docentes, la motivación de los padres de familia y la persistencia de los directivos del colegio.	El desarrollo de la EPEVS es una opción que tiene la comunidad educativa para implementarla y adherirse a ella, pero no es obligatorio, lo cual permite participar voluntariamente.	La falta de participación de los padres de familia en la EPEVS se debe a falta de tiempo y difícil realización en el ámbito familiar, lo cual hace que los hijos sean los promotores de un estilo de vida saludable en la familia.

3.3.7 La población beneficiada de la política pública.

Esta investigación permitió hallar diferencias en los estudiantes participantes, en lo referente a las prácticas hacia una estilo de vida saludable, pero no sucedió lo mismo con respecto a sus conocimientos, pues para todos los grupos son claros los conceptos de alimentación saludable y los beneficios de la práctica de actividad física, identifican perfectamente que ellos son los principales responsables de su salud, el concepto de autocuidado lo tienen incorporado en su discurso.

Con respecto a las actitudes para los tres grupos de estudiantes manifiestan querer unos buenos hábitos de vida saludable que les ayude a crecer sanos y evitar enfermedades, manifiestan agrado por consumir frutas y verduras y practicar actividad física. Sin embargo las prácticas de cada grupo son diferentes. Los estudiantes de los colegios públicos no tienen hábitos saludables en lo referente a la práctica de actividad física y alimentación saludable y establecen directa relación de esta situación al espacio físico de los lugares que habitan y a la falta de dinero de sus padres para adquirir los alimentos y poder realizar actividad física fuera del colegio.

Aquí se evidencia una nueva ruptura entre el discurso y la práctica, situación que se ha manifestado en los diferentes actores llamados a implementar la política pública en el ámbito escolar. Y los estudiantes son el reflejo del proceso desvirtuado y desarticulado de la estrategia, pero especialmente son los menos favorecidos y más afectados con la falta de coherencia y compromiso entre los agentes decisores y operadores de la estrategia que puede ser la solución a un problema latente en la sociedad colombiana y en riesgo de convertirse en epidemia nacional.

De otra parte los estudiantes del colegio privado si han cambiado sus hábitos de vida saludable, basados en alimentación saludable y actividad física, para ellos el cambio se debe a la información y enseñanzas de los padres de familia y profesores, además de lo que se refuerza en los espacios sociales del colegio, como recreos y actividades extracurriculares.

Los principales hallazgos referentes a los conocimientos, actitudes y prácticas identificadas en la población beneficiada se encuentran en la siguiente matriz de análisis.

POBLACIÓN	CONOCIMIENTOS	ACTITUDES	PRÁCTICAS
ESTUDIANTES IED IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	Los estudiantes clasifican con precisión los alimentos saludables de los que no lo son, manifiestan saber los beneficios que tiene para una buena salud la práctica diaria de actividad física y expresan críticamente que la tienda escolar ofrece pocos alimentos saludables que no logran comprar debido al poco dentro que tiene para adquirirlo y reconocen que los refrigerios que les entrega el gobierno les ayuda a estar sanos.	Muestran interés por adquirir un estilo de vida saludable. Valoran los beneficios de la alimentación saludable y la práctica de actividad física.	Expresan que no adquieren hábitos de vida saludable porque no tienen dinero, entonces sus hábitos de vida son poco saludables y solo pueden hacerlo cuando reciben alimentación saludable gratis en los refrigerios escolares y la práctica de actividad física en las actividades que el distrito organiza.
ESTUDIANTES IED NO IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE	Los conocimientos son claros e identifican perfectamente lo que es saludable y lo que no lo es en término de alimentación y actividad física. Conocen los beneficios de los buenos hábitos de vida saludable. Los docentes son el referente de conocimientos y actitudes para la práctica de un estilo de vida saludable. No hay conciencia de prevenir las ENT y especialmente evitar las enfermedades del corazón.	Les gusta consumir frutas y golosinas. Pero poco les gustan las verduras. Las actitudes hacia un estilo de vida saludable están relacionadas con los modelos dados por los docentes y padres de familia.	La tienda escolar es el referente principal del colegio y no ofertan alimentos que correspondan a la práctica saludable. Las prácticas saludables requieren de espacios físicos para practicar AF y de insumos que motiva y faciliten dicha práctica. Las prácticas de alimentación están lejanas al discurso y conocimientos adquiridos.
ESTUDIANTES DE COLEGIO PRIVADO IMPLEMENTADOR DE LA ESTRATEGIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE LIDERADO POR UNA ONG	Dominan conceptos de salud. Tienen claridad conceptual y el lenguaje empleado es coherente con lo aprendido en la estrategia. Identifican perfectamente los beneficios para la salud que genera la alimentación saludable y la práctica de actividad física.	Se evidencia motivación interés y gusto por el consumo de una alimentación saludable y la práctica de actividad física. Son dinamizadores de un estilo de vida saludable en sus familias con sus padres de familia y familiares cercanos.	Se evidencia coherencia entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de un estilo de vida saludable en casa y en el colegio. Asumen con compromiso el cuidado y autocuidado como ejes del estilo de vida saludable que quieren tener en su cotidianidad.

CONCLUSIONES

- ✓ El proceso de análisis de la implementación de la Estrategia de Promoción de Estilos de vida saludable en ámbito escolar, evidencia temas críticos que se deben atender con premura para responder al problema público de manera eficiente, de los cuales se enfatizan los siguientes:
- ✓ Se evidencia una percepción diferencial del problema de salud pública entre actores en los diferentes niveles de acción de orden nacional, distrital y local. Este obstáculo afecta la capacidad de decisión y agencia de los actores de la política del orden distrital.
- ✓ Falta articulación entre las entidades responsables y decisoras de orden nacional con las correspondientes en el distrito capital de Bogotá, debido a la fragmentación de autoridad entre las Secretarías de Salud y Educación, entidades que no han definido conjuntamente las acciones y estrategias reales de acción, recursos y directrices que se enmarquen en un proyecto político sólido y estable. Lo que evidencia diferencias en los criterios para establecer las prioridades políticas sobre las necesidades de la población escolar y afecta sus derechos sociales fundamentales que contribuya a la calidad de vida inmediata y futura.
- ✓ El proceso de implementación de las diferentes estrategias de promoción de estilos de vida saludables en Bogotá bajo la actual administración se desarrolla de acuerdo a los criterios de los funcionarios de la SSD o la SED, aspecto que debilita la capacidad de agencia de los actores operacionales de la política pública y o cual dificulta la capacidad de sostenibilidad y de legitimidad de la estrategia en cada comunidad educativa, debido a la presencia de instituciones débiles que carecen de reconocimiento de obediencia por parte de los agentes operadores.
- ✓ Evidente desarticulación de acciones de las Secretaría de salud y Educación al trabajar con las comunidades educativas debido a la carencia de un componente curricular de obligatoria articulación que permita la

implementación y sostenibilidad de la estrategia, pero sobre todo que garantice resultados de promoción de la salud y prevención de las ENT. Es decir las estrategias que no están formalizadas para directivos y los docentes no las realizan porque dependen de la voluntad de gestión; lo cual afecta la capacidad de agencia de los actores y da cuenta de la falta de legitimidad de la política.

- ✓ El desconocimiento de la estrategia de promoción de estilos de vida saludable EPEVS, dificulta su inclusión dentro del Proyecto Educativo Institucional (PEI) para incorporar los contenidos de salud en el desarrollo de los programas curriculares en cada uno de los ciclos grados de educación.
- ✓ El proceso de implementación analizado deja claro que las políticas de Estilos de Vida Saludable, se quedaron en el papel y después de muchos años de propuestas en el ámbito escolar, la situación de salud de los estudiantes no ha mejorado, en lo referente a la prevención de riesgos de ENT, evidenciado en el incremento de obesidad y sobrepeso, sedentarismo y bajo consumo de alimentos saludables. Situación que afectará a miles de niños, niñas y adolescentes a mediano y largo plazo. Es decir la población escolar sana de hoy será la población enferma del futuro, lo cual deja ver la brecha entre el discurso y la acción de decisiones públicas.
- ✓ El análisis realizado desde el enfoque de planeación estratégica situacional, permitió comprender que la gestión pública centrada en las necesidades de los ciudadanos y con énfasis en el momento táctico operacional de la Estrategia de Promoción de Estilo de Vida Saludable en la administración distrital de Bogotá presenta una desconexión entre la política pública y las acciones de las entidades responsables de la implementación, carece de viabilidad política y organizativa, debido nuevamente a la diversidad de las percepciones del problema de salud pública, incidencia de las creencias y la falta de capacidad de agencia de los actores y entidades de los actores de la política pública.

- ✓ El problema público real que se desea modificar, queda sin resolver y deja a varias generaciones de niños, niñas y adolescentes que hoy están sanas expuestas a la pérdida de esta condición por falta de la acción decidida del Estado, de la sociedad y de todos aquellos agentes llamados a responder ante las necesidades de una población para modificar sus comportamientos, evitar enfermedades y muertes por causa prevenibles. La brecha entre el discurso y la acción derivado de los diversos enfoques de acción no logran superar las diferencias, alcanzar metas a lograr acciones concretas que modifiquen las conductas de los miembros de las comunidades educativas.
- ✓ Hay un eslabón determinante de la política pública de EPEVS, es el poder que tiene los rectores cuyas decisiones juegan de manera adversa a la política pública y deja claro que el poder real de la política está centrado en los rectores y directivas de los colegios, convertidos ahora en el punto de convergencia entre los macro decisores y los agentes operadores. Situación interesante, pero preocupante ya que estos actores juegan un doble rol en la política pública, son decisores en sus comunidades educativas y agentes operadores del Estado.
- ✓ Es evidente que la falta de información sobre el problema de salud pública que afecta a más de la mitad de la población colombiana, no se ha visibilizado como un problema, por lo tanto no se le da la importancia necesaria a la política pública que pretende cambiar los comportamientos de la población escolar hacia la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- ✓ Todos los factores anteriores deterioran la capacidad de decisión de los actores de la política, la capacidad de gestión y sostenibilidad al dejar a criterio personal las acciones de una política pública sin contexto y sin contenido definido que permite que se diluya su propósito original en vagas intenciones y débiles acciones que no trascienden la vida de la comunidad educativa y la población beneficiada nunca será impactada por la política pública.

- ✓ El trabajo de análisis de la implementación de la Estrategia de promoción de Estilos de vida saludable en ámbitos escolares permite establecer los factores restrictivos como aquellos elementos o situaciones que dificultan la implementación de la política pública para cumplir con su finalidad, allí se encuentran los principales problemas de implementación, cuyo resumen se presenta a continuación.

FACTORES RESTRICTIVOS
<p>El criterio de implementación de todas las política distritales deben estar enmarcadas en el Proyecto de Ciudadanía y convivencia, el cual es muy valioso y permite articular acciones y dar sentido pedagógico al trabajo con las comunidades educativas, pero a la vez se convierte en un elemento restrictivo para implementar cualquier estrategia entre las diferentes entidades del gobierno distrital.</p> <p>La ruptura y rotación de equipos gestores de las políticas distritales a nivel de las comunidades educativas no permite el desarrollo fluido y constante de las políticas implementadas.</p> <p>Falta de reconocimiento y construcción de políticas sobre programas exitosos en las comunidades. En aras de innovar no se reconoce el trabajo de administraciones anteriores.</p> <p>Rotación de equipos y poco personal para atender a todas las localidades y centros educativos de Bogotá.</p> <p>Las acciones se realizan por demanda, según las necesidades de los colegios y criterios de los rectores.</p> <p>Falta de profesores y continuidad de ellos</p> <p>Rotación de funcionarios debido a la forma de contratación laboral lo que dificulta la institucionalización de los programas en los colegios y su continuidad.</p> <p>Falta recurso humano, físico y económico que aporte sostenibilidad.</p> <p>La falta de reconocimiento de políticas exitosas que por años aportaron a la promoción de la salud, como lo fue “Salud al Colegio” desorientan y desmotivación de trabajo de los docentes.</p> <p>La carencia de capacitación y material para que los docentes desarrollen unas actividades sobre temáticas que no dominan. Adicionalmente no hay incentivos que motiven a los docentes a trabajar aspectos que no son propiamente de su formación profesional.</p> <p>Desorganización administrativa y presupuestal</p> <p>Falta de claridad del programa y de compromiso de los ejecutores, que muestren liderazgo de las entidades responsables de los programas.</p> <p>Pertinencia y contextualización del programa.</p> <p>Falta de continuidad y sostenibilidad de los programas.</p> <p>Falta de docentes en las escuelas, especialistas en Educación Física</p> <p>Discriminación para implementar programas en colegios pequeños y en primaria</p> <p>Percepción del problema de salud pública y valoración del mismo que permia ver la incidencia en la calidad de vida hoy y futura de sus niños y niñas.</p> <p>La falta de tiempo por parte de los docentes para desarrollar la estrategia. La decisión institucional en todos los niveles y la dificultad para hacer integración curricular.</p> <p>Reconocer y adaptar cada estrategia según las creencias, normas y valores de la comunidad educativa.</p> <p>Falta de sensibilización frente a las consecuencias de las ENT, sobre el cuidado de la salud y el autocuidado como eje de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.</p> <p>Falta de compromiso de los docentes y directivas que desmotivan la participación en actividades del colegio.</p>

RECOMENCACIONES

El análisis desde el enfoque PES permite identificar los factores facilitadores que hacen viable la estrategia de promoción de estilo de vida saludable en las comunidades educativas para dar cumplimiento a sus propósitos y permiten la viabilidad política, económica y organizativa para la efectiva implementación.

ACTORES DE LA POLÍTICA	FACTORES FACILITADORES
MINISTERIO DE SALUD	Unificación de términos, metodología, ruta de trabajo, asesoría y asistencia técnica a los funcionarios de las secretarías de Salud y Educación. Voluntad de trabajo de las directivas y docentes de los centros educativos, la autonomía de ellos determina la viabilidad de la política y su sostenibilidad.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Contar con una entidad mediadora entre los Ministerios de Salud y Educación para articular las acciones e intereses en cada comunidad educativa. Acompañar a los docentes en el proceso de implementación a través de la acción comprometida de la una ONG con las Secretarías de Educación. Unificar enfoques de trabajo entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud. Establecer los criterios de acciones y de priorización de decisiones que no limiten el sesgo marcado por el perfil profesional de los funcionarios que deciden sobre la EPEVS en los diferentes niveles.
SECRETARIA DE SALUD	Asignar un gestor del programa de EPEVS por cada localidad, con el fin de acompañar a los docentes de las comunidades educativas para mantener el programa y asegurar el cumplimiento del propósito de la política pública. Realizar la integración curricular dentro de la concepción de educación integral.
SECRETARIA DE EDUCACIÓN	Establecer un marco de acción integral con enfoque de formación en autonomía, cuidado y autocuidado que incluya la formación de un estilo de vida saludable de manera definida en los entidades y en la comunidad educativa en general, para desarrollar capacidades del Ser y el Saber, como eje transversal a toda acción pedagógica. Unificar criterios de valoración del problema público por las diferentes entidades del para atender desde las comunidades educativas. Se reconoce el papel preponderante de los docentes pero no se les incentiva realizar juiciosamente los planes, programa y proyectos
DIRECTIVAS IED	Sensibilización a los docentes sobre el problema de obesidad y malos hábitos. Establecer la integración curricular de la estrategia. Promover el compromiso de las directivas y los docentes.
DIRECTIVA DE COLEGIO PRIVADO IMPLEMENTADOR DE EPEVS	La decisión institucionalizada permite un trabajo constante y articulado El acompañamiento de la ONG hace que el trabajo en el colegio sea permanente y no se pierda el objetivo del programa. La financiación por varios años motiva a las directivas y docentes a realizar la estrategia porque se muestra organización, sostenibilidad y no una actividad más del año escolar. La capacitación y motivación de los docentes determina el desarrollo de la estrategia con los estudiantes.
DOCENTES DE IED	El poder de la rectoría restringe las acciones de los diferentes miembros de la comunidad educativa, aspecto que debe canalizarse de manera positiva para desarrollar la EPEVS. Creación de una cátedra de estilos de vida saludable en el que se integren componentes de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Acompañamiento de profesionales expertos, continuidad y permanencia de los programas, Alianzas público - privadas y creación de incentivos. Crear controles y acompañamiento del gobierno nacional y distrital. Conocer las necesidades de los estudiantes y las comunidades educativas para adaptar la estrategia de promoción de un estilo de vida saludable.

DOCENTES DE COLEGIO PRIVADO IMPLEMENTADOR DE LA EPVES	Motivar a los docentes agentes operadores. Evidenciar la importancia y necesidad de trabajar la estrategia para responder a un problema de salud pública. Viabilidad de adaptación sin perder el objetivo. Creación de espacios de motivación de bienestar para crear los programas formales. Brindar los recursos suficientes y permanentes Capacitación a docentes y personal del restaurante y tienda escolar del colegio. Crear un sistema de incentivos para docentes y para los colegios. Establecer alianzas público privadas para asegurar desarrollo y sostenibilidad de la estrategia de promoción de un estilo de vida saludable. Plantear una política pública de carácter obligatoria mejoraría la implementación. Tanta concertación y consenso no es buena.
PADRES DE FAMILIA DE IED	Establecer alianzas público privadas para desarrollar y mantener las políticas en ejecución. Se requiere de políticas estables que lidere el gobierno para promover acciones conjuntas entre comunidad educativa y gobierno distrital.
PADRES DE FAMILIA COLEGIO PRIVADO IMPLEMENTADOR DE LA EPVES LIDERADO POR UNA ONG	Sensibilizar a los docentes sobre el problema de salud pública. Capacitar por profesionales del área de la salud y educación para implementar la estrategia. Acompañar a los docentes en el proceso de implementación. Evaluar el proceso de implementación y la estrategia total. Brindar material didáctico y de apoyo pedagógico.

Es importante para efectos de próximas investigaciones diseñar un indicador que mida el impacto de la Estrategia de promoción de un estilo de vida saludable y evalúe peso que tiene la educación en la salud pública para presentar a la comunidad académica y científica el impacto de la promoción de la salud sobre la disminución de la ENT a mediano y largo plazo en los niños y niñas del país. Con el fin de brindar información cuantificada para afectar las políticas de educación en salud en ámbito escolar.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva, L. (1993). Estudio introductorio en “Problemas públicos y agenda de gobierno”, México, Ed. Porrúa.
- Alexy, R. (2007). “Teoría de los derechos fundamentales”, Madrid, Editorial Centro de estudios políticos y constitucionales.
- Barón y Martínez, R. (2003), La evaluación de la acción y de las políticas públicas. Madrid, Ed. Díaz de Santos
- Benach y Muntaner. (2005), Aprender a mirar la salud, ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Maracay. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Desde http://www.bvs.org.ve/libros/Aprender_a_Mirar_la_Salud.pdf
- Bonilla, E. y Rodríguez, P. (2000). “Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales” Bogotá, Ediciones Uniandes.
- Brock, D. (2002), “Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica” en Nussbaum, M. y Sen, A. “La calidad de vida”, México, Fondo de Cultura Económica, pág., 135 a 175.
- Cano Blandón, L. F. (2010). “El Enfoque Retórico del Análisis de Políticas Públicas”, en André – Noël Roth Deubel (edit.), Enfoques para el análisis de políticas públicas. Bogotá, Universidad Nacional – IEPRI.
- Cecchini, Simone y Martínez, Rodrigo: “Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos” Cepal Cooperación técnica alemana, 2011. Disponible en internet

<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/42797/Libro-proteccion-social-ALC-CEPAL-2011.pdf>

Céspedes, J. (2011). Estudio factores de riesgo cardiovascular en población escolar. Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología.

Cohen, E. y Franco, R. (2006). Los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina. Similitudes y diferencias. México, Secretaría de desarrollo social

----- (2007), “Gestión social. Como lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales”, Buenos Aires, Siglo XXI-Cepal.

Colombia, Corte Constitucional, (2002, agosto) Sentencias, “Sentencia T-595”, [en archivo digital] Cepeda Espinosa, M. J. Bogotá.

----- (2007), Sentencia T-760 de 2007. Leer obligatorias las secciones 3 y 4. Bogotá, DC, treinta y uno (31) de julio de dos mil ocho (2008) Vargas Hernández, C. I.

----- (2011, noviembre), “Sentencia T-858”, [en archivo digital] Sierra Porto, H, A. Bogotá.

Comisión de determinantes sociales de salud. (2005), desde http://www.who.int/social_determinants/es/

Consejo de Bogotá (2012, 26 de septiembre) “Por medio del cual se establecen estrategias integrales de promoción de alimentación saludable y de actividad física, que mejoren la calidad de vida y salud de la población expuesta a / o con sobrepeso y obesidad del distrito capital”), disponible en internet

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=49567>

Corte Constitucional (2003). “T-772 de 2003” Cepeda Espinosa, M. J., Bogotá

----- (2008). “Sentencia T-760” Cepeda Espinosa, M. J., Bogotá

----- (2014). “Sentencia C- 313”. Mendoza Martelo, G.P, Bogotá

Cortes Rodas F., (2012, Santiago de Cali, agosto 17 y 18), Sobre la Fundamentación Filosófica del Derecho a la Salud. Universidad de Antioquia (Borrador). Ponencia presentada en la II Conferencia Nacional de Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana

Cuervo, J. (2010). “Los avances en el análisis de políticas públicas: de la adopción a la adaptación” en André – Noël Roth Deubel (edit.), Enfoques para el Análisis de Políticas Públicas. Bogotá, Universidad Nacional – IEPRI.

Defensoría del pueblo,(2006) “El derecho a la salud” Bogotá, Defensoría del pueblo

----- (2007), El Derecho a la salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los instrumentos internacionales, Bogotá , La defensoría

Ferrajoli, L. (2007) “Los fundamentos de los derechos fundamentales” Madrid, Editorial Trotta

Filgueira, F. (1999), Tipos de welfare y reformas sociales en américa latina eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. Recife.

Fleury, S. (s.f) ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América latina. Rio de Janeiro.

Giraldo, C. (2001), Finanzas públicas en América Latina: la economía política. Ediciones desde Abajo. Bogotá.

----- (2007), ¿Protección o desprotección social? Bogotá. Desde Fundación CESDE/ Universidad Nacional de Colombia. Ediciones desde Abajo

Hazz, A. Instituto Sorense de Administración pública. S. d.

Hernández, A., (2006), "La teoría ética de Amartya Sen" Bogotá, Siglo del hombre-Universidad de los Andes.

Huerta, J. "Los Grupos Focales. El origen de los grupos focales" disponible en internet http://academic.uprm.edu/jhuerta/HTMLobj-94/Grupo_Focal.pdf. [Recuperado el 7 de abril de 2013].

Lasswell, H. (2000), "La orientación hacia las políticas", en Luis F. Aguilar Villanueva, (edit.), El Estudio de las Políticas Públicas, México, Miguel Ángel Porrúa, pp. 79-103

Majone, G., (1997), Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. México, Siglo XXI

----- Editores (2005), "Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas públicas" México, Fondo de Cultura Económica.

Matus, C., (1987), "Política, Planificación y Gobierno" Caracas, Fundación Altadir,

----- (1996), "El método PES: Planeamiento Estratégico Situacional", México DF, Fondo de Cultura Económica

Medellín Torres, P. (1998). El Retorno de la Política. Bogotá, Tercer Mundo Editores.

Meny, C., y Thoening, J., (1992), Las políticas públicas, Barcelona, Ariel

Ministerio de Educación Nacional. Estándares básicos de competencias ciudadanas: formar para la ciudadanía...lo que necesitamos saber y saber hacer. (Serie Guías No 6.) En http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-116042_archivo_pdf4.pdf

Montesino Jerez, L., Nusbaum, M. C. y Sen, A. (comps), (2002), La Calidad de Vida, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1998, 588 p. », Polis[En línea], Puesto en línea el 23 junio 2002, consultado el 23 junio 2014. URL : <http://polis.revues.org/8073>

Muller , P. (2006), “Las políticas públicas” Bogotá, Universidad Externado de Colombia

Murillo,J. “La Entrevista , Metodología de Investigación Avanzada” disponible en [http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_\(trabajo\).pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_(trabajo).pdf). [Recuperado el 7 de abril de 2013]

Naciones Unidas, (1966) “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27 desde <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

-----Conferencia mundial de derechos humanos, Viena, (1993 : 14 a 25 De Junio), Declaración y Programa de Acción de Viena, desde <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1296.pdf?view=1>

Nussbaum, M., (2012), "Crear capacidades", Barcelona, editorial Paidós

Ocampo de Herrán, María Cristina (2012), Derechos Sociales y Políticas Públicas. Tesis doctoral en Sociología Jurídica. Universidad Externado de Colombia.

OMS/OPS (1978), Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,
Alma-Ata, URSS. En:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Ozlak, Oscar (s. f.), Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas Experiencias Latinoamericanas. En, Documento CEDES. Vol. 3, No. 2

Parsons, W. (2007), "Políticas públicas. Una introducción a la teoría y práctica del análisis de políticas públicas", México, Flacso.

Pisarello, G. (2007), "Los derechos sociales y sus garantías", Madrid, Editorial Trotta.

Profamilia (2010), "Encuestas Nacionales de Demografía y Salud ENDS 1995, 2000,2005" desde <http://www.profamilia.org.co/docs/ESTUDIOS%20A%20PROFUNDIDAD%20AF.pdf>

Roth, A. (2002), "Políticas públicas. Formulación, implementación, evaluación"
Bogotá, Ediciones Aurora

----- (2006), "Discurso sin compromiso. La política pública de derechos
humanos en Colombia" Bogotá, Ediciones Aurora, 2006

----- (2013) Análisis y evaluación de las políticas públicas en la era de la
participación. Bogotá, Universidad Nacional.

Rovere, M. (2012, julio - septiembre). "Atención Primaria de la Salud en Debate",
en Saúde em Baute. Revista do centro brasileiro de estudos de saúde,
vol. 36 núm. 94, pp. 327 - 342.

Ruiz Vásquez, J. C. (2004), "Nuevas Fronteras del Poder en las
Organizaciones". Bogotá: Colegio Mayor de Nuestra Señora del
Rosario

Sen, A. (2000), "Desarrollo y libertad", Barcelona, Editorial Planeta.

-----, (2002), ¿Por qué la equidad en salud?. Rev Panam Salud
Publica [online]. 2002, vol.11, n.5-6, pp. 302-309. ISSN 1020-4989.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500005>.

Texto del discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre Economía
de la Salud. York, Reino Unido, 23 de julio de 2001. Traducción
publicada con el permiso del autor

----- (2010), "La idea de la Justicia", Bogotá, Editorial Taurus.

Starfield, B. (2001). Improving equity in health: A research agenda. En,
Internacional Journal of Health Services, vol. 31. núm: 3.pp. 545-66

University of Minnesota, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000)
Disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

Vega, R. et al. (2009), Atención primaria integral en salud. Bogotá, Secretaría de Salud de Bogotá.

----- “Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá”, en Saúde em Baute. Revista do centro brasileiro de estudos de saúde, vol. 36 núm. 94, pp. 392 – 401.

Vega Romero R. (2011) Reducción de los Derechos Sociales. En. Ciencia & Saude Coletiva, Vol. 16 No. 6, p.2694-2696

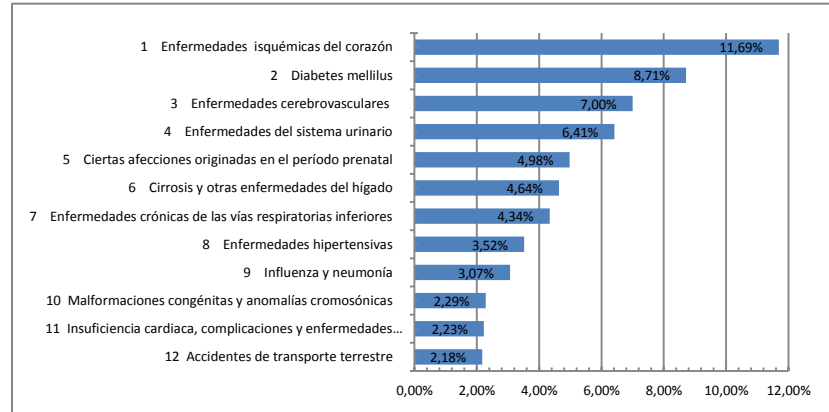
Wilkinson, R y Marmot, M. (1998) Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. OMS. Reino Unido.

Yves, S. (2008, Julio – diciembre), “Las Políticas Públicas como Paradigmas”, En, Estudios Políticos, No. 33.

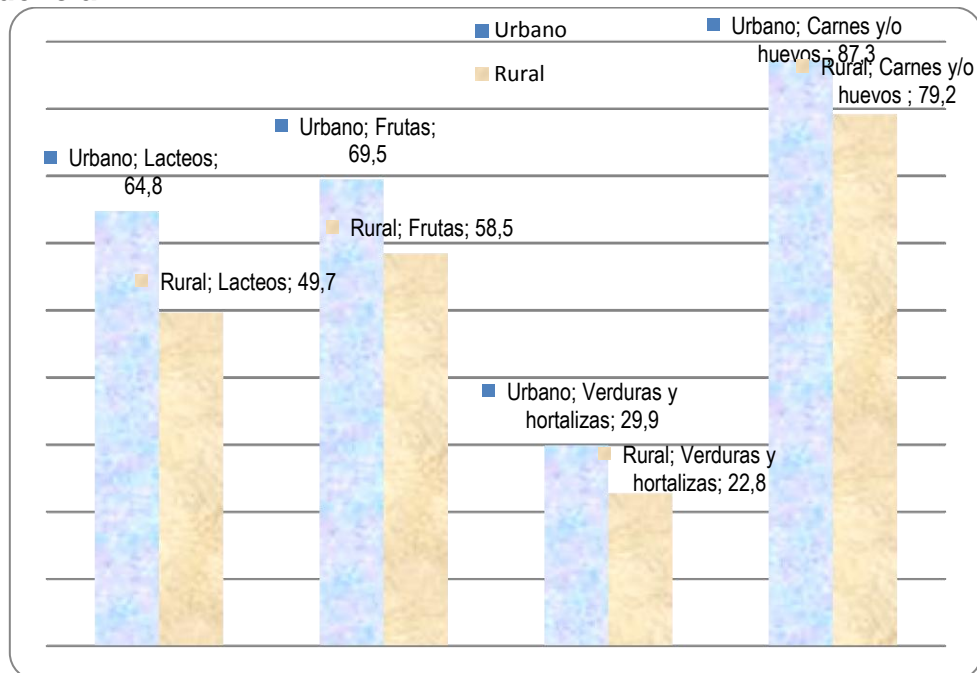
ANEXOS

Anexos capítulo 1

Anexo A. Situación de morbilidad en las Américas



Anexo B. Gráfico 10 Proporciones nacionales (5 a 64 años) de las frecuencias de consumo por grupo de alimentos, según área de residencia



Fuente: ENSIN 2010

Anexo C. Porcentaje de mortalidad por enfermedades crónicas 2009

Mortalidad por enfermedades crónicas 2009											
Mortalidad por EPOC	Mortalidad por diabetes	Mortalidad por infarto agudo de miocardio	Mortalidad por enfermedad aterosclerótica del corazón	Mortalidad por hemorragia intracerebral	Mortalidad por accidente cerebrovascular	Mortalidad por enfermedad cardíaca hipertensiva	Cáncer de cuello uterino	Cáncer de la mama de la mujer	Cáncer gástrico	Cáncer de próstata	Cáncer de la tráquea, los bronquios y el pulmón
19,5	10,5	38,9	4,7	3,0	3,6	6,0	6,2	11,4	10,4	9,9	6,2

Fuente: Diagnóstico distrital de salud 2010 Secretaría Distrital de Salud

Anexo D. Acuerdos, tratados y directrices que garantizan el derecho a la salud

DOCUMENTO	PROPÓSITO	RESPONSABLE
Carta de Ottawa 1986	Reconoce los factores determinantes de la salud: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, los ingresos, la justicia social, la equidad y los recursos sostenibles.	OMS
Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM, 2000	Combatir la pobreza de manera multidimensional.	ONU
Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales PIDESC 1976	Reconoce la salud como derecho humano	ONU
Observación general N° 14 y 15 2008	El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	Comité PIDESC
Reunión de Consulta, Costa Rica 1993	Plantea el carácter multisectorial y el compromiso que tiene la sociedad como conjunto para lograr la salud y el bienestar requieren del establecimiento de políticas públicas saludables para impulsar una estrategia de escuelas saludables para fortalecer la promoción y la educación en salud.	OPS/OMS
Conferencia Mundial de Río de Janeiro 2011 (OMS, 19 a 21 de octubre de 2011)	Sobre Determinantes Sociales de Salud deben confluir políticas sectoriales e intersectoriales, concertadas y coordinadas, que permitan impactar positivamente los determinantes sociales.	OMS
Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas, 2010	Con el fin de mejorar la gobernanza en pro de la salud y el bienestar, en la nación y el territorio.	OMS
Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en 1978	Se reafirmó el valor esencial de la equidad en materia de salud y se lanzó la estrategia mundial de atención primaria de salud con el fin de conseguir la salud para todos	OMS
Salud 2020	Reconoce la importancia crucial que juega la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables en la población, a través de programas que promuevan la alimentación sana, el ejercicio diario o la reducción del consumo de tabaco y alcohol.	OMS
65° Asamblea mundial de salud Ginebra 2013	Creación de un marco de vigilancia mundial para la prevención y el control de las ENT y se adopta una meta mundial de reducción de un 25% de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, para el año 2025.	OMS

Anexo E. Capacidades centrales Martha Nussbaum

1. Vida. Poder vivir hasta el término de una vida humana normal. No morir prematuramente o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.
2. Salud Física. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva, recibir una alimentación adecuada, disponer de un lugar adecuado para vivir.
3. Integridad física. Poder desplazarse libremente de un lugar a otro, estar protegido de asaltos violentos, disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento. Poder utilizar los sentidos, imaginación, pensamiento y el razonamiento y hacerlo de un modo “verdaderamente humano”, un modo formado por una educación adecuada que incluya la alfabetización y la formación matemática, y científica básica, pero no limitada a éstas. Podre usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción, de obras y actos religiosos y el cultivo del arte, la cultura y poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar las que no causan beneficio.
5. Emociones. Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotras y nosotros mismo; poder amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, y sentir duelo por la ausencias; en general, poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que s no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad. Defender esta capacidad significa, defender a su vez, ciertas formas de asociación human que pueden demostrarse cruciales en el desarrollo de aquella.
6. Razón práctica. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida. Esta capacidad entraña la protección de la libertad de conciencia y de la observancia religiosa.
7. Afiliación. A) Poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos participar en formas diversas de interacción social; ser capaces de imaginar las situaciones de otro u otra. Proteger esta capacidad implica, proteger instituciones que constituyen y nutren tales formas de asociación como proteger la libertad de expresión política. B) Disponer de las bases sociales para no sentir humillación y si respeto por nosotros mismo; se nos trate como seres dignos de igual valía. Esto supone introducir suposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, religión u origen nacional.
8. Otras especies. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.
9. Juego. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.
10. Control sobre el propio entorno. A) Político. Poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida; tener derecho a la participación política y a la protección de libertad de expresión y asociación. B) Material. Poder poseer propiedades (muebles o inmuebles) y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con los demás personas; tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás, estar protegidos legalmente frente a registros y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral ser capaces de trabajar como seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores.

Anexos capítulo 2

Anexo F. Marco normativo colombiano

DOCUMENTO	PROPÓSITO	RESPONSABLE
Ley 789 de 2002	Define como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”	Ministerio de protección social
Pacto por la Estrategia de Entorno saludables 1995	Facilitar la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar. Esta iniciativa busca la articulación y movilización multisectorial de recursos regionales, nacionales y locales (talento humano, compromiso político, recursos técnicos y financieros) para el aprendizaje y el desarrollo humano integral, el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niñas, niños, jóvenes y las comunidades educativas.	OPS Ministerio de Salud y Ministerio de Educación
Resolución 4210 de 1996	Establece las reglas generales para la organización y el funcionamiento del Servicio Social Estudiantil Obligatorio. El numeral 4.4 establece que el “Servicio Social atenderá prioritariamente necesidades educativas, culturales, sociales y de aprovechamiento del tiempo libre, identificadas en la comunidad del área de influencia del establecimiento educativo, tales como la promoción y preservación de la salud.	Sector Educación
Lineamientos técnicos Escuela Saludable, la alegría de vivir en paz de 1999	El documento contiene el perfil del escolar colombiano, los retos para el nuevo milenio, la conceptualización, componentes, metas e indicadores de la estrategia, el plan operativo, las responsabilidades de cada sector y el marco legal que la sustenta.	Sector Salud Sector Educación ICBF
Ley 715 de 2001	Derogó la Ley 60 de 1993 y estableció el Sistema General de Participaciones y determinó las competencias para el sector salud y educación.	Sector Salud
ODM	Combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación. Objetivo 7: “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”.	ONU
CONPES 3550 de 2008	Define lineamientos para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental y articula la EES a la PISA.	Intersectorial
Plan Nacional de Salud Pública	enmarca la EES en los principios y línea de Política “Promoción de la Salud y la Calidad de Vida”	Min Protección
Agenda Visión Colombia 2019 – Segundo Centenario	Enfatiza como propósito de la Acción Social del Estado la reducción de la pobreza y se presenta un marco de políticas para la intervención en los determinantes estructurales más relevantes para la salud	DNP
Conpes 091 de 2005	Plantea las Metas, Estrategias y Presupuesto de Colombia para el Logro de los Objetivos del Milenio – 2015. Dentro de las Estrategias se encuentra el desarrollo de los servicios de atención de salud, el incremento en la cobertura de la seguridad social y el fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la promoción, prevención, control y vigilancia en salud pública	Intersectorial
Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables de 2006	Suscrita por los Ministros de Educación, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Protección Social, el Director del SENA, Director de Acción Social y el Representante de la OPS en Colombia quienes acuerdan avanzar en el desarrollo de las estrategias de Entornos Saludables (Escuelas y Viviendas Saludables), integrando para ello diferentes acciones interinstitucionales.	Intersectorial

DOCUMENTO	PROPÓSITO	RESPONSABLE
Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. 2006	Orientar a los diferentes actores en el desarrollo de actividades tendientes a mejorar el entorno familiar y escolar y por ende la calidad de vida de las familias y comunidades educativas en general. Igualmente se dan directrices para fortalecer la ejecución de las Estrategias de Escuelas y Viviendas Saludables y lograr que se desarrollen articuladamente en el ámbito nacional.	Ministerios de Salud y Educación
Pacto por la Infancia 1990	Contempla la elaboración de planes territoriales, con acciones en los ámbitos nacional, departamental y municipal con el propósito de comprometer a las instituciones y a los diferentes sectores con la supervivencia, desarrollo, protección y participación de los niños, niñas y adolescentes	ICBF
Ley General de Educación – Ley 115 de 1994	Reglamenta la estructuración de los Planes Educativos Institucionales, donde se articulan intereses de los diferentes actores de la comunidad educativa. “La formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización del tiempo libre” constituyen una oportunidad para desarrollar la salud de los escolares.	Educación
Decreto 1860 de 1994	Reglamenta el PEI, el cual se constituye en espacio para la reflexión y concertación acerca de los problemas que afectan a la comunidad educativa. Los componentes de promoción de estilos de vida y ambientes saludables pueden incorporarse dentro de éste, a través de los proyectos pedagógicos de salud	Ministerio de Educación
Ley 1355 2009	Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.	Ministerio de protección social
Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021	Es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables.	Ministerio de salud
ENDS 2010	Estudio nacional que evalúa en la población colombiana factores y determinantes demográficos, socio-económicos, ambientales, estilos de vida y de salud-enfermedad	Intersectoria
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.	Intersectorial
Resolución 425 de 200	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.	Ministerio de Salud
Conpes 113 de 2008	Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN.	Intersectorial
Circular Externa N° 18 de 2004	El PAB está orientado a desarrollar actividades, procedimientos e intervenciones tales como promover la cultura de la salud y crear condiciones ambientales saludables en la familia, la escuela, el trabajo y la población en general. Es formulado y ejecutado por el alcalde a través de los distintos sectores, concertado con la comunidad y responde a las características socioculturales de la población. Es el escenario por excelencia para incorporar soluciones a la problemática de salud de los escolares.	Sector salud
Lineamientos de las Estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable	Establece las directrices para realizar una acción coordinada entre el sector salud y educación para crear un medio ambiente sostenible que permita el adecuado desarrollo de los niños, las niñas, los jóvenes, las familias y las comunidades en su hábitat individual, familiar y colectivo.	Intersectorial

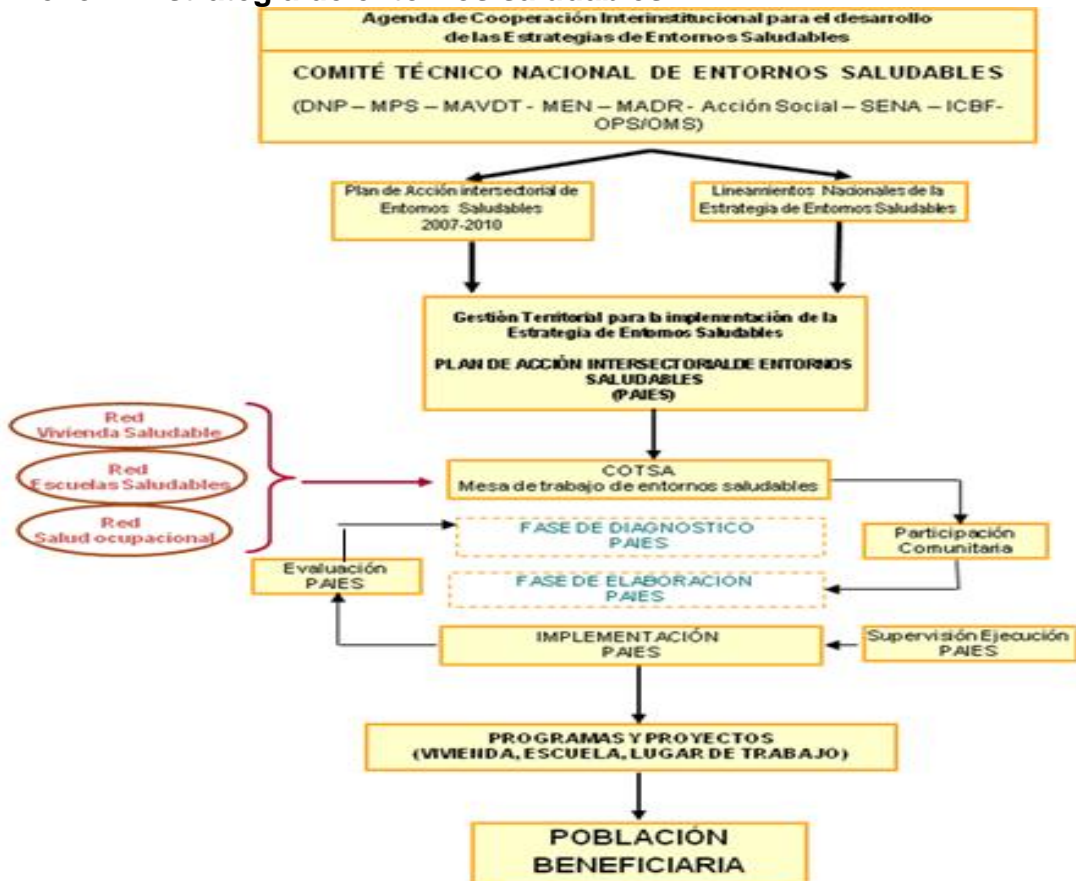
Anexo G. Estrategia de municipios saludables

Estrategia de municipios saludables



Fuente: López, A. 2007. Universidad de Antioquia

Anexo H. Estrategia de entornos saludables



Fuente: OMS, 2007

Anexo I. componentes y líneas de acción de la estrategia Escuela Saludable, OPS y OMS:

Componente 1 Políticas Públicas y Planes para la Escuela Saludable.
Líneas de Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Articulación de la estrategia Escuela Saludable al PEI, PRAES, PROCEDAS, POS y Planes de Mejoramiento Institucional. • Articulación a los PAB. • Políticas Escolares.
Componente 2 Ambientes Saludables en la Escuela.
Líneas de Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Ambientes físicos. • Ambientes psicosociales.
Componente 3 Empoderamiento y participación social en salud.
Líneas de Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de las redes de Escuela Saludable.
Componente 4 Educación para la salud.
Líneas de Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la capacidad técnica de los actores políticos, institucionales y comunitarios. • Fortalecimiento de los conocimientos de salud al escolar.
Componente 5 Reorientación de servicios de salud y vigilancia en salud pública.
Líneas de Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios escolares de salud, nutrición, y vida activa. • Articulación entre los planes de beneficios PAB y POSS.

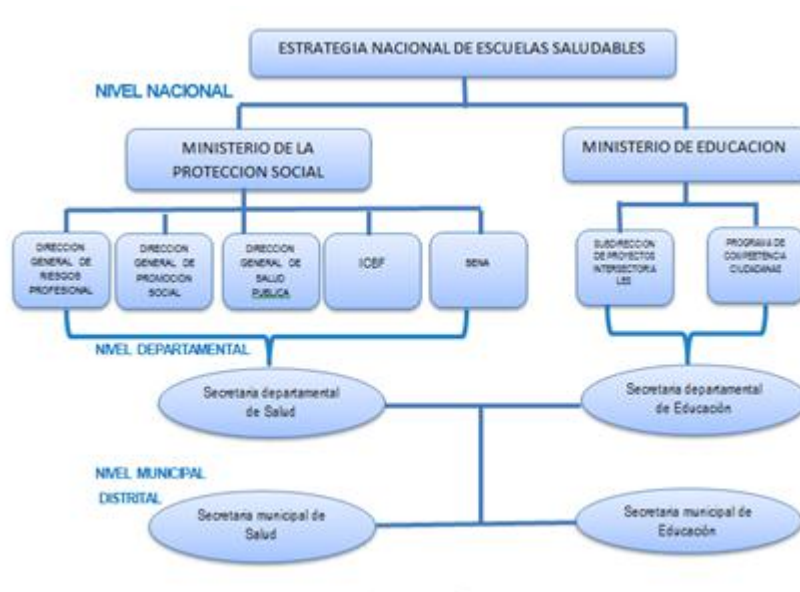
Fuente: OPS – OMS 2006

Anexo J. Premisas básicas de la estrategia Escuela Saludable

- La salud y la educación se conciben como derechos humanos fundamentales indispensables para el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas de los ciudadanos. A la vez, se identifica al Estado como el principal responsable de garantizar el cumplimiento de dichos derechos, generando las condiciones apropiadas para el mejoramiento de la calidad de vida de la población (op. cit).
- La salud se considera como un producto social, resultante de las condiciones de vida de los grupos poblacionales en territorios y momentos históricos específicos, en los que los modos de producir, de consumir y de satisfacer las necesidades básicas son aspectos que definen las formas de enfermar y de morir de la población.

- Se reconoce que la única forma posible de abordar los distintos determinantes que deterioran la calidad de vida de la población es mediante la acción conjunta entre diferentes actores sociales.
- La Escuela Saludable es una forma de gestión intersectorial que permite la acción de múltiples actores sociales en la transformación de las condiciones y calidad de vida de los miembros de la comunidad educativa.
- La escuela se reconoce como agente de reproducción social, pero también como un espacio para la transformación de la realidad que pretende aportar en la producción y reconstrucción de una cultura democrática, en la cual sean posibles sujetos para el ejercicio de los derechos humanos.
- Una escuela que permite la reflexión y acción sobre la realidad cotidiana para transformarla, en la búsqueda de mayores niveles de autonomía, del aumento de las capacidades individuales y colectivas para la producción de bienestar.
- La escuela se entiende como un ámbito de vida cotidiana, lo que facilita comprender las problemáticas estructurales que afectan las condiciones de vida y salud de la población, así como las iniciativas y recursos que se han construido socialmente por las poblaciones e instituciones para enfrentar las situaciones que deterioran la calidad de vida, y fortalecer aquellas que la promueven desde una perspectiva de producción social de la salud.
- La escuela es un espacio para la producción de conocimientos y saberes. En consecuencia, y para no recargar las instituciones educativas y potenciar su acción educativa, es indispensable realizar un proceso de construcción colectiva entre los actores sociales dinamizadores de respuestas sociales y las comunidades educativas, para construir propuestas de acción que respondan a las necesidades sociales de las comunidades educativas y discurran desde lo cotidiano, es decir, que se articulen y desarrollen desde los proyectos educativos institucionales y los proyectos escolares.

Anexo K. Marco institucional de articulación de la estrategia Escuela Saludable



Anexo L. Funciones de las entidades ejecutoras de la EPEVS

La implementación nacional de la EPEVS tiene definidas sus funciones para cada una de las entidades ejecutoras de la política nacional.

1. Estructurar equipos territoriales intersectoriales para la promoción de estilos de vida saludables, especialmente entre los sectores de salud y educación.
2. Convocar a miembros de otros sectores miembros de comités que trabajen en temas relacionados con la promoción de estilos de vida saludables.
3. Propender a que las acciones planeadas por los comités intersectoriales en relación con la llegada a los establecimientos educativos se encuentren en el marco de la política educativa actual y se basen en las prioridades identificadas por los miembros de la comunidad educativa.
4. Coordinar acciones de formación a docentes y directivos docentes en aspectos conceptuales, pedagógicos y operativos que permitan la implementación de la estrategia al interior de los establecimientos educativos.
5. Coordinar acciones intersectoriales, especialmente entre los sectores de educación y salud, que estén basadas en las prioridades de la comunidad educativa.
6. Acompañar, evaluar y sistematizar los procesos de implementación de proyectos pedagógicos que promuevan estilos de vida saludables dentro de los establecimientos educativos.
7. Hacer llegar la información que los Ministerios de Educación y Salud requieran con respecto a la implementación de la estrategia en el territorio (Recuperado el 10 de mayo de

2014 (<http://www.portalterritorial.gov.co>)

Anexo M. Estrategia para atender la niñez y la adolescencia

ESTRATEGIA	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SANAS
OBJETIVO	Implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que favorezcan el fortalecimiento personal, familiar y social de los niños, las niñas y los adolescentes orientados a la protección y a su desarrollo humano e integral.
ACCION INTERSECOTIRAL	El sector Educación y el sector Salud intervienen de manera articulada en las instituciones educativas distritales para desarrollar los procesos orientados a promover el desarrollo integral, las competencias y capacidades para la promoción de la salud, así como la institucionalización de prácticas favorables a la garantía, exigibilidad y restitución del derecho a la salud y a la educación en las Instituciones.
MARCO DE LA ESTRATEGIA DESDE LA SSD	los proyectos sectoriales Territorios Saludables (SDS) acciones de promoción, prevención y atención orientadas a la afectación de determinantes sociales en salud y al mejoramiento de la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, docentes, adultos/as cuidadores, padres y madres de familia, y comunidades de la ciudad
MARCO DE LA ESTRATEGIA DESDE LA SED	La promoción de la salud en el ámbito escolar en el que participa la Secretaría de Educación Distrital, SED, se plantea desde el Plan Distrital de Desarrollo, Bogotá Humana, se aborda desde la línea de acción de Ciudadanía y convivencia que se ha mencionado anteriormente, cuyo propósito es el desarrollo de capacidades ciudadanas como parte del aprendizaje integral para el buen vivir.

Anexo N. Acuerdo 498 de Septiembre 26 de 2012 del Concejo de Bogotá

ACUERDO 498 DE 2012

(Septiembre 26)

"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN ESTRATEGIAS INTEGRALES DE PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y DE ACTIVIDAD FÍSICA, QUE MEJOREN LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN EXPUESTA A/O CON PROBLEMAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD DEL DISTRITO CAPITAL"
EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.

En uso de las atribuciones que le confiere la Constitución Política y en especial lo establecido en los numerales 1 y 25 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO. Establézcanse en el Distrito Capital estrategias de acompañamiento y asesoría integral a las personas expuestas a/o con problemas de sobrepeso y obesidad del Distrito Capital. El objetivo de esta estrategia será ejecutar políticas y acciones orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, a la promoción de la actividad física y a promover una nutrición balanceada en la población bogotana.

ARTÍCULO SEGUNDO. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con las Secretarías de Educación, Integración Social, Cultura, Recreación y Deporte, Gobierno, Desarrollo Económico y las Empresas Sociales del Distrito –ESES-, coordinarán la implementación y desarrollo de lineamientos intersectoriales de programas y estrategias integradas estipulados en el presente Acuerdo.

ARTÍCULO TERCERO. La Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con las Secretarías de Educación, Integración Social, Cultura, Recreación y Deporte, Gobierno, Desarrollo Económico y las Empresas Sociales del Distrito –ESES-, adelantarán actividades educativas y acciones dirigidas a promover una alimentación balanceada y saludable de la población bogotana, en especial de niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, haciendo énfasis en la generación de ambientes saludables y regulación del consumo de alimentos y bebidas con calidad nutricional.

ARTÍCULO CUARTO. En el marco del aseguramiento en salud las entidades responsables, según sus competencias, harán el seguimiento de las acciones de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños, y vigilancia de la salud de las personas en condición o expuestas a sobrepeso y obesidad del Distrito Capital, tal cual está establecido en la Ley 1355 de 2009 como una enfermedad crónica.

ARTÍCULO QUINTO. La Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con las Secretarías de Educación, Integración Social, Cultura, Recreación y Deporte, Gobierno, Desarrollo Económico, las Empresas Sociales del Distrito –ESES y los sectores que tienen responsabilidades con dicha política, crearán el Observatorio de Seguridad y Salud Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital, en el que se implementará un Sistema Integrado de Información.

ARTÍCULO SEXTO. Con el fin de verificar la efectividad de las estrategias de acompañamiento y asesoría, en coordinación con las entidades mencionadas, la Secretaría Distrital de Salud informará al Concejo de Bogotá, en septiembre de cada año, los avances de las medidas que se establecen en este Acuerdo.

ARTÍCULO SÉPTIMO. Este Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

DARIO FERNANDO CEPEDA PEÑA
Presidente

ELBA LIGIA ACOSTA CASTILLO
Secretaria General

GUSTAVO FRANCISCO PETRO URREGO
Alcalde Mayor de Bogotá D.C

Nota: Publicado en el Registro Distrital 4977 de Octubre 1 de 2012

Anexo O. Respuesta al Derecho de Petición Concejo de Bogotá D.C

REPUBLICA DE COLOMBIA



CONCEJO DE BOGOTA D.C

CONCEJO DE BOGOTA 31-03-2014 09:38:16
Comunicación: Cda. Sate No. 001425299 0 1 Fm11 Anex C
ORIGEN: Origen: Sd:255 - SECRETARIA GENERAL CERCHIARO DAZA LUIS
DESTINO: (ZORAYDA MORENO CORONADO)
ASUNTO: RESPUESTA RAD N° ER20143422
CSE:

Bogotá D.C. Marzo 31 de marzo de 2014

Señora:
Zorayda Moreno Coronado
Cra 21 # No. 57 – 16 Apartamento 201.
Barrio El Campín
La Ciudad

Asunto: Respuesta a Derecho de Petición con Rad. N° 2014 ER 3422

Respetada Ciudadana:

En cumplimiento del Art. 14 de la Ley 1437/11, como respuesta a su petición del 6 de marzo de 2014, me permito informarle que a la fecha de elaboración de esta respuesta la Secretaría Distrital de Salud no ha presentado a la Corporación el informe Anual sobre el Acuerdo 498/12, correspondiente al año 2013, según lo dispuesto en el Artículo 6to del mismo Acuerdo.

Agradecemos el seguimiento que desde la ciudadanía se hace a los desarrollos normativos de la Capital, y esperamos que se mantenga en contacto con nosotros para futuros aportes a su investigación académica.

Cordialmente,


LUIS ALFREDO CERCHIARO DAZA
Secretario General de Organismo de Control del Concejo de Bogotá

Proyectó y elaboró: Edgar Mauricio Cañón Bonilla, Prof. Univ.
Revisó: Yolima Tunjano Gutierrez, Asesora 105-02



"EL CONCEJO LE RESPONDE A BOGOTA"



GD-PR001-F02

Anexo P. Fuentes de financiación de las políticas públicas

FUENTE	RECURSO	DESTINACION
RECURSOS DEL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN	Recursos del Presupuesto General de la Nación en sector salud.	Destinados para salud pública: acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
	Recursos Presupuesto General de la Nación en otros sectores	Destinados a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social
RECURSOS PROVENIENTES DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para salud.	Destinados para salud pública: acciones de salud pública, de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (10% de la asignación del SGP anual)
	Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para educación, salud y propósito general, agua potable y saneamiento básico, alimentación escolar, primera infancia, municipios ribereños del río Magdalena	
RECURSOS DEL ESFUERZO PROPIO TERRITORIAL	Recursos del esfuerzo propio territorial destinados al sector salud.	Destinados para acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
	Recursos propios de la entidad territorial destinados a programas de protección social, inversión social en programas de infraestructura y mejoramiento de la calidad de vida, desarrollo urbano y rural, protección ambiental.	Destinadas a otros proyectos sociales
	Rentas cedidas, de los departamentos y el Distrito Capital.	
	Regalías destinadas a salud	Destinadas a salud pública
	Regalías transferidas para proyectos de otros sectores.	Destinadas a proyectos de inversión.
RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIA	Recursos de ¼ de punto porcentual de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar para salud:	Destinados para promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

FUENTE	RECURSO	DESTINACION
--------	---------	-------------

	Recursos de las Cajas de Compensación Familiar para protección social	Destinados a Programas de Infancia y Adolescencia
OTROS RECURSO	Recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT	Destinados a promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud
	Recursos de Promoción y Prevención de Aseguradoras de Riesgos Laborales ARL:	Destinados para promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud
	Recursos recaudados por concepto multas de la Ley 1335 de 2009	Destinados para adelantar campañas de prevención contra el cáncer y para educación preventiva sobre el consumo de cigarrillo
	Recursos privados destinados a la inversión social del Plan Nacional de Desarrollo: donaciones; inversión en programas de protección social	Destinados al crecimiento sostenible y competitividad; a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social; a la consolidación de la paz; a la sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo; soportes transversales de la prosperidad democrática

Anexo Q. Plan de gestión de la estrategia Vida Saludable

META	INDICADOR	NIVEL DESAGREGACION	PERIODICIDAD
META 3. A 2021, reducir un 25% la Hipertensión arterial en mayores de 25 años, a partir de la línea de base definida en el año 2014	Indicador de Resultado 7. Prevalencia de Hipertensión arterial.	Nacional Departamental	Anual
META 9. A 2021, incrementar el consumo diario de frutas y verduras en la población en general.	Indicador de Resultado 10. Proporción de consumo de frutas y verduras diario en la población general.	Frutas y verduras, Grupos de edad , Ocupación, Nivel educativo, Estrato, socioeconómico.ia	Anual
META 10. A 2021, incrementar anualmente en un 10% el número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental.	Indicador de Gestión 4. Número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental Indicador de Gestión 5. Proporción de departamentos con implementación y evaluación de la estrategia promocional e intersectorial para mejorar la oferta y el consumo de frutas y verduras en los diferentes entornos	Municipio	Anual
META 12. A 2021, se logra incluir mínimo 300 minutos de actividad física a la semana en actividades asociadas a: caminar, realizar prácticas de senderismos, marchar, nadar recreativamente, practicar danza en todas sus modalidades, montar en bicicleta, patinar, y otras prácticas, que semanalmente se desarrollen en instituciones de formación de niños y jóvenes en la totalidad del sistema educativo	Indicador de Gestión 7. Horas escolares dedicadas a la actividad física	Carácter público o privado de la institución educativa <input type="checkbox"/> Nivel educativo <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Nacional	Anual
META 14. A 2021, se aumenta el tiempo dedicado y la calidad para la actividad física en todo el sistema educativo con énfasis en la población escolar y la primera infancia a través de procesos lúdicos y pedagógicos, entre otras, que fomenten e incentiven el movimiento, el deporte recreativo y la sana competencia	Indicador de Gestión 9. % de establecimientos educativos que incluyeron mínimo 300 minutos de actividad física en sus planes de estudio	Nacional Departamental	Anual
META	INDICADOR	NIVEL	PERIODI-

		DESAGREGACION	CIDAD
META 16. A 2021, se implementa la estrategia "Once para la salud" en el 80% de las Instituciones Educativas con estudiantes de educación media. Implementar la estrategia "Once para la salud" en el 80% de las Instituciones Educativas con estudiantes de primaria y básica secundaria (10 y 12 años), en articulación con las secretarías de educación.	Indicador de Gestión 11. Proporción de Instituciones Educativas con la implementación de la estrategia "Once para la salud"	Departamento , Nivel educativo	Anual
META 19. A 2021, se incrementa la práctica del autocuidado en las acciones de prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva, desde la primera infancia, en un 20%, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014.	Indicador de Gestión 13. Proporción de personas que recibieron instrucción en práctica del autocuidado en las acciones de prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva.	Grupos de edad, Nacional, Departamento	Anual
META 20. A 2021, se aumenta anualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva, y el control de las ENT, a nivel nacional, en coordinación con las entidades territoriales, a partir de la línea de base que se identifique en el 2014.	Indicador de Gestión 14. Número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT	Departamento, Carácter público, privado o mixto de la Institución	Anual
META 21. A 2021, incrementar las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo en un 20%, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.	Indicador de Gestión 15. Cobertura de actividades de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo	Tipo ENT , Alteraciones de la salud bucal, Alteraciones visuales, auditivas y comunicativas, Departamento, Asegurador Género, Grupos de edad.	Anual

Anexo R. Subprograma Creciendo Saludables – IED -Gestión del Ámbito Escolar

Subprograma: Infancia y juventud	Ámbito de operación: Escolar
PDA o TV: Gestión	
Unidad Operativa: Gestión	
<p>Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional especializado de Ciencias de la Salud o de Ciencias Sociales o Humanas.</p> <p>Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa: Acorde a las actividades de cada fase.</p>	
<p>Se describen a continuación, la relación de actividades que dentro del proceso del ámbito aporta el profesional que lidera el ámbito escolar – jardines, para tener referencia de su papel y la articulación con otros perfiles de coordinación debe referirse al Anexo Técnico de Gestión.</p> <p>Actividades por Pasos:</p> <p>Fase I Caracterización del Institución Educativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestión de espacios y socialización de metodologías para la entrada de los equipos que realizan valoración inicial. ● ● Coordina los procesos de acuerdos, mediante la elaboración de Planes de Acción, en concordancia con los criterios definidos por referentes distritales, coordinador territorial de la ESE y los actores de la comunidad educativa (Planes de Acción). ● La logística para el desarrollo de las jornadas de valoración de grupos debe ser apoyada por los coordinadores territoriales, el profesional de apoyo a la gestión, así como por los técnicos de SP de los equipos ERI. <p>Fase II: Resolución (en el caso de que se refieran niños/as por los/las docentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Control de la programación de los equipos de asesoría individual que hace las valoraciones en seguimiento de los planes de respuesta concertados. ● Gestión de espacios de trabajo adecuados para el equipo que realiza el proceso de valoración individual y colectiva de los niños y niñas de la Institución Educativa. ● Coordinación del proceso de elaboración y entrega de boletines de salud escolar. ● Coordinación para la elaboración y entrega de informe semaforizado de situación de salud de cada niño/niña, curso, sede y colegio abordado. ● Coordinación para el seguimiento de los casos canalizados a redes de servicios externas a las comunidades educativas. ● Consolida información para hacer seguimiento a la semaforización de casos, cursos, sedes y colegios valorados. ● Alimenta Tablero de indicadores básicos de ámbito escolar en la localidad. 	

- Reuniones de retroalimentación con el coordinador del programa de la ESE.

Fase III. Balance y monitoreo.

- Análisis de la situación de salud de la población escolar en la localidad con base en los informes colectivos de salud escolar por colegios.
- Preparación logística y metodológica de las sesiones de balance de resultados de la estrategia, mediante unidad de análisis con la comunidad educativa.

A. Materiales e insumos:

- Formato de plan de acción y seguimiento de la Institución Educativa (El formato de plan de acción es el mismo formato de seguimiento a la intervención en escenarios – instituciones educativas).
- Formatos de canalización y notificación.
- Bases de datos de captura de la información.

B. Medios de verificación para interventoría:

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en la base de datos correspondiente (una vez esté operando el módulo de acciones de atención, la información se migrará al aplicativo web).

C. Producto de la intervención y sus atributos:

Fase I

- Sedes seleccionadas de acuerdo con los criterios establecidos por la DSP para iniciar la ejecución de las acciones de asesorías individuales, asistencias técnicas colectivas.
- Sedes identificadas, con espacios adecuados o habilitados para el desarrollo de las Asesorías individuales de Salud.
- Proceso de socialización y concertación previa a la entrada de los equipos por Institución Educativa.

Fase II

- Planes de Acción concertados y en proceso de ejecución (formato de seguimiento a la intervención en escenarios – instituciones educativas) sistematizado en aplicativo de escenarios.
- Programación de los equipos de valoración elaborada.

- Sesiones de valoración con proceso de aplicación de instrumento de valoración, y boletines diligenciados (y en el caso del boletín, entregado a la comunidad educativa de acuerdo con el procedimiento que se defina para la entrega).
- Informe colectivo de situación de salud escolar elaborado y entregado
- Balance del seguimiento de casos canalizados a redes de servicios externas a las comunidades educativas.

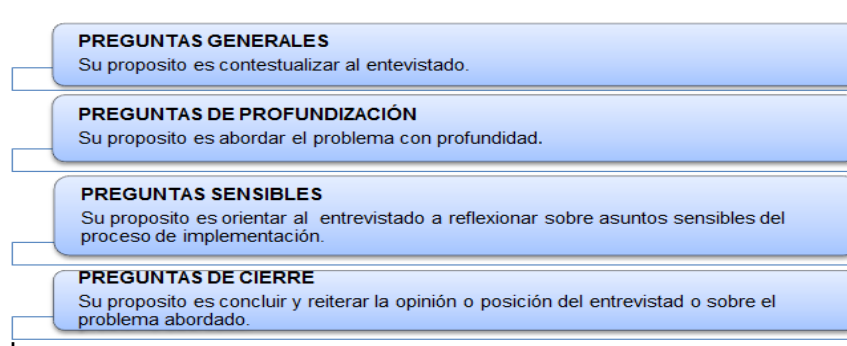
Fase III

- Análisis de situación de salud escolar entregado a la DSP al final 5 días hábiles posteriores a la finalización de la vigencia.
- Sesión de cierre, unidad de análisis con la comunidad educativa realizada al finalizar el primer semestre académico y al cierre del año escolar.

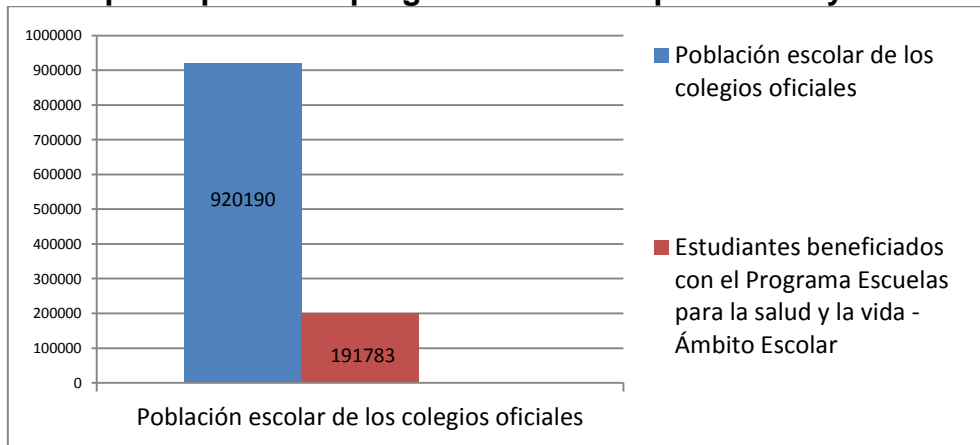
Anexos Capítulo 3

Anexo S. Esquema de entrevista

Las entrevistas realizadas cumplieron con el siguiente esquema de trabajo:



Anexo T. Gráfico Población escolar matriculada en los colegios distritales participante del programa Escuelas para Salud y la Vida



Fuente: Secretaría Distrital de Educación- Enero de 2014

Anexo U. Población escolar por rangos de edad Bogotá 2010

Edades	2010	2011	2012
5 años	118.056	118.464	118.833
6 – 10 años	603.488	599.711	597.402
11- 14 años	505.520	501.741	497.716
15 – 16 años	261.074	259.418	257.768
Total	1.488.138	1.479.334	1.471.719
Crecimiento anual	-0,6% -	-0,6%	-0,5%
% Participación	100%	100%	100%

Fuentes: Caracterización sector educativo- Secretaría Distrital de Educación 2013

Anexo V. Matrícula de Bogotá por tipo de colegio

Tipo de Colegio	2010	2011	2012
Total Oficial	1.025.737	983.413	935.957
No Oficial	579.921	579.680	568.741
Total Matrícula	1.605.658	1.563.093	1.504.698

Fuentes: (1) Anexo 6 A Resolución MEN 2011 – Sistema de matrícula SED Fecha de Corte: Febrero 11 de 2011 – Cifras preliminares (2) Matrícula no oficial: imputada a partir de Censos C-600.

Anexo W.: Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, según edades quinquenales y simples

Grupos de edad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	6.840.116	6.945.216	7.050.228	7.155.052	7.259.597	7.363.782	7.467.804	7.571.345	7.674.366	7.776.845	7.878.783
0-4	594.885	591.486	590.109	590.407	591.870	593.834	596.257	598.534	600.477	602.012	603.230
5-9	623.302	618.269	613.023	607.781	602.808	598.507	596.190	595.216	595.600	596.857	598.182
10-14	638.052	641.254	640.890	637.721	633.228	628.557	623.726	618.735	613.673	608.920	605.068
15-19	608.025	613.268	623.002	634.978	645.482	652.113	655.443	655.005	651.589	646.983	642.476
20-24	644.573	643.193	637.437	630.021	625.058	624.979	629.549	639.206	651.693	662.879	669.960
25-29	611.085	624.279	635.966	645.356	651.446	653.832	652.621	647.104	639.925	635.244	635.633
30-34	537.501	549.056	564.367	581.840	598.940	613.985	627.428	639.309	648.859	655.158	657.874
35-39	522.155	523.523	524.201	525.587	529.667	537.559	549.179	564.579	582.200	599.504	614.779
40-44	499.217	507.487	512.923	516.170	518.277	520.061	521.551	522.395	523.965	528.238	536.343
45-49	419.521	436.997	454.264	470.478	484.414	495.361	503.618	509.122	512.515	514.821	516.837
50-54	327.928	344.388	361.508	379.079	396.766	414.252	431.580	448.718	464.821	478.709	489.703
55-59	252.997	265.943	278.870	292.082	306.062	321.090	337.090	353.888	371.249	388.770	406.084
60-64	186.419	197.048	208.321	220.086	232.113	244.282	256.642	269.007	281.693	295.228	309.925
65-69	135.691	141.933	149.204	157.322	166.163	175.590	185.477	196.057	207.178	218.601	230.197
70-74	99.934	102.896	106.536	110.979	116.288	122.464	127.792	134.186	141.559	149.789	158.670
75-79	72.574	74.319	76.272	78.491	81.074	84.141	87.224	90.537	94.219	98.439	103.406
80 Y MÁS	66.257	69.877	73.335	76.674	79.941	83.175	86.437	89.747	93.151	96.693	100.416

Fuente: DANE- Secretaría Distrital de Planeación SDP: convenio específico de cooperación técnica No 096-2007

Anexo X. Instrumentos para la recolección de información

Con el fin de desarrollar los objetivos del estudio y su relación con las estrategias metodológicas, instrumentos y técnicas de recolección de la información, se presentan los siguientes instrumentos de recolección de información para cada una de las técnicas de recolección de información.

SECTOR	ACTOR RESPONSABLE
SALUD	Ministerio de salud y protección social: Dirección de crónicas Dirección de salud pública
	Secretaria de salud de Bogotá: Ámbito escolar

SECTOR	ACTOR RESPONSABLE
EDUCACION	Ministerio de educación nacional: Subdirección de fomento de competencias
	Secretaria de educación distrital: Dirección de Bienestar estudiantil. Subdirección de integración interinstitucional
	Rectores de centros educativos oficiales y no oficiales

Anexo Y. Cuestionario para entrevistas con actores claves

ENTREVISTADOS

SECTOR	ACTOR O INSTITUCIÓN
SALUD	Ministerio de salud y protección social: Dirección de crónicas Dirección de salud pública Dirección de promoción y prevención
	Secretaria de salud de Bogotá: Referente de Salud al colegio
EDUCACION	Ministerio de educación nacional: Subdirección de fomento de competencias
	Dirección para la calidad de la educación preescolar, básica y media.
	Secretaria de educación distrital: Dirección de Bienestar estudiantil Subdirección de integración interinstitucional
	Rectores de centros educativos oficiales y no oficiales

PREGUNTAS BÁSICAS PARA ENTREVISTA CON ACTORES CLAVE

Las preguntas para cada grupo de actores, los decisores y los ejecutores, pretenden indagar sobre aspectos básicos referentes a la implementación de la política de promoción de hábitos saludables, particularmente sobre alimentación

saludable y la actividad física en ámbitos escolares desde la capacidad de los funcionarios de las instituciones que representan y atendiendo a los siguientes criterios:

- ✓ Capacidad de decisión
- ✓ Capacidad de ejecución
- ✓ Capacidad de mantenimiento de las políticas

SEC-TOR	NIVEL	TIPO DE PREGUNTAS	PREGUNTAS
SALUD Y EDUCACIÓN	NACIONAL DECISORIO	a. Preguntas generales. (Desarrollo de preguntas generales, que sirvan para ejemplificar y para entrar en contexto).	<p><u>Capacidad de decisión</u></p> <p>¿Cuál es el objetivo de la política pública que obliga a las entidades escolares a promover un estilo de vida saludable?</p> <p>¿Cuáles son los contenidos que tiene la política pública que promueve un estilo de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Usted considera que el Estado ha formulado con claridad las normativas que establecen la implementación de políticas públicas que promuevan un estilo de vida saludable como estrategia para la solución del problema de salud pública?</p> <p>¿Realmente las directrices emanadas por el Estado responden a la solución del problema público de salud través metas, recursos e incentivos para la atención del problema de salud pública?</p>
SALUD Y EDUCACIÓN	NACIONAL DECISORIO	b. Preguntas complejas. (Más estructuradas, pretenden llevar a una exploración más profunda del problema).	<p><u>Capacidad de ejecución</u></p> <p>¿Cuáles son los factores claves que facilitan el proceso de implementación de las políticas públicas que promueven los estilos de vida saludable dirigidas para el ámbito escolar?</p> <p>¿Cuáles son los factores restrictivos para promover la política pública de promoción de estilos de vida saludable y cuáles serían las alternativas para superar las dificultades desde su entidad?</p> <p>¿Cuáles son las principales dificultades políticas, económicas y organizativas que se presentan en la implantación de la estrategia nacional para la promoción de estilos de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿La norma establecida para promover estilo de vida saludable en ámbitos escolares es suficiente para realizar acciones concretas y viables que respondan al problema identificado?</p> <p>¿Según su criterio, cuál debe ser el papel de la escuela en la promoción de estilos de vida saludable que contribuyan a la solución de un problema de salud pública?</p> <p>¿Cuáles son para usted las entidades nacionales que deberían trabajar de manera articulada para lograr con éxito la implementación de la política pública que promueve hábitos de alimentación saludable y actividad física en ámbitos escolares?</p>

SEC-TOR	NIVEL	TIPO DE PREGUNTAS	PREGUNTAS
SALUD Y EDUCACIÓN	NACIONAL DECISORIO	c. Preguntas sensibles. (Pretenden llevar al entrevistado a cuestionarse sobre asuntos contrastantes o polémicos de las propuestas de política pública, que permitan clasificar símbolos o proposiciones en categorías).	<p><u>Capacidad de mantenimiento de las políticas</u></p> <p>¿Considera que las directrices del gobierno nacional y distrital se encuentran alienadas para realizar acciones efectivas y eficaces de promoción de estilos de vida saludable en entornos escolares?</p> <p>¿Cuáles incentivos se plantean para la implementación de estrategias que promuevan estilos de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Cuál es el alcance que tiene su entidad se implementar exitosamente la política nacional hacia al promoción de estilos de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Considera que lo que se ha venido haciendo, es sostenible a mediano y largo plazo?</p> <p>¿Considera que aún sin respaldo del gobierno (nacional o distrital) estos programas pueden mantenerse gracias al interés y dinámica de las comunidades educativas?</p> <p>¿Cree que el impacto pedagógico de estas políticas nos permite prever que los futuros adultos sean más conscientes acerca de hábitos de vidas saludables?</p>
SALUD Y EDUCACIÓN	NACIONAL DECISORIO	a. Preguntas generales. (Desarrollo de preguntas generales, que sirvan para ejemplificar y para entrar en contexto).	<p><u>Capacidad de decisión</u></p> <p>¿Los inadecuados hábitos de alimentación saludable y actividad física de los niños y niñas son considerados por el gobierno distrital un problema público?</p> <p>¿Cuál es el propósito fundamental de la política pública para entidades escolares sobre la promoción de un estilo de vida saludable?</p> <p>¿Cuáles son los contenidos que tiene la política pública que promueve un estilo de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Usted considera que el gobierno distrital ha formulado con claridad las normativas que establecen con precisión la implementación de políticas públicas que promuevan un estilo de vida saludable como estrategia para la solución del problema de salud pública?</p> <p>¿Realmente las directrices emanadas por el gobierno distrital responden a la solución del problema público de salud través metas, recursos e incentivos para la atención del problema de salud pública?</p> <p>¿Considera que las personas implementadoras del programa que promueve un estilo de vida saludable en ámbitos escolares conocen la magnitud del problema de salud?</p>

SEC-TOR	NIVEL	TIPO DE PREGUNTAS	PREGUNTAS
SALUD Y EDUCACIÓN	DISTRITAL DECISORIO	b. Preguntas complejas. (Más estructuradas, pretenden llevar a una exploración más profunda del problema).	<p><u>Capacidad de ejecución</u></p> <p>¿Cuáles son los factores claves que facilitan el proceso de implementación de las políticas públicas que promueven los estilos de vida saludable dirigidas para el ámbito escolar?</p> <p>¿Cuáles son las principales dificultades políticas, económicas y organizativas que se presentan en la implantación de la estrategia nacional para la promoción de estilos de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Cuáles son los factores restrictivos para promover la política pública de promoción de estilos de vida saludable y cuáles serían las alternativas para superar las dificultades desde su entidad?</p> <p>¿La norma establecida para promover estilo de vida saludable en ámbitos escolares es suficiente para realizar acciones concretas y viables que respondan al problema identificado?</p> <p>¿Según su criterio, cuál debe ser el papel de la escuela en la promoción de estilos de vida saludable que contribuyan a la solución de un problema de salud pública?</p> <p>¿Cuáles son para usted las entidades distritales que deberían trabajar de manera articulada para lograr con éxito la implementación de la política pública que promueve hábitos de alimentación saludable y actividad física en ámbitos escolares?</p>
SALUD Y EDUCACIÓN	DISTRITAL DECISORIO	c. Preguntas sensibles. (Pretenden llevar al entrevistado a cuestionarse sobre asuntos contrastantes o polémicos de las propuestas de política pública,	<p><u>Capacidad de mantenimiento de las políticas</u></p> <p>¿Considera que las directrices del gobierno nacional y distrital están coordinadas para realizar acciones efectivas y eficaces de promoción de estilos de vida saludable en entornos escolares?</p> <p>¿Cuál es el alcance que tiene su entidad al implementar exitosamente la política nacional hacia la promoción de estilos de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Cuáles son los cambios que a futuro desean lograr con la implementación de la estrategia en comunidades educativas?</p>
SALUD Y EDUCACIÓN	EJECUTORES NACIONALES	a. Preguntas generales. (Desarrollo de preguntas generales, que sirvan para ejemplificar y para entrar en contexto).	<p><u>Capacidad de decisión</u></p> <p>¿Cuál es la política pública que obliga a las entidades escolares a promover un estilo de vida saludable que modifique sus hábitos?</p> <p>¿Considera usted como agente implementador que cuenta con la capacidad política, legal y económica para implementar las políticas públicas que emana el Estado?</p> <p>¿Cuál es la estrategia que realiza desde su entidad para dar cumplimiento a la normativa del Estado nacional y distrital, para promover un estilo de vida saludable en el ámbito escolar?</p>

SEC-TOR	NIVEL	TIPO DE PREGUNTAS	PREGUNTAS
SALUD Y EDUCACIÓN	EJECUTORES NACIONALES	b. Preguntas complejas. (Más estructuradas, pretenden llevar a una exploración más profunda del problema).	<p><u>Capacidad de ejecución</u></p> <p>¿Cuáles son los factores claves que facilitan el proceso de implementación de las políticas públicas que promueven los estilos de vida saludable dirigidas para el ámbito escolar?</p> <p>¿Según su criterio, considera que es la escuela es el escenario más pertinente para la promoción de estilos de vida saludable que contribuyan a la solución de un problema de salud pública?</p> <p>¿Cuáles son las principales dificultades políticas, económicas y organizativas que se presentan en la implantación de la estrategia nacional para la promoción de estilos de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Dentro del proceso de implementación de la política para la promoción de estilo de vida saludable en ámbito escolar cuentan con los recursos necesarios para la implementación de este tipo de programas?</p>
SALUD Y EDUCACIÓN	EJECUTORES NACIONALES	c. Preguntas sensibles. (Pretenden llevar al entrevistado a cuestionarse sobre asuntos contrastantes o polémicos de las propuestas de política pública que permitan clasificar símbolos o	<p><u>Capacidad de mantenimiento de las políticas</u></p> <p>¿Es el programa salud al colegio la estrategia de articulación intersectorial e intersectorial que permite la promoción de estilos de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Cuál es la razón por la cual el programa Salud al colegio se deja de implementar desde la secretaria de educación distrital en la administración de Bogotá Humana?</p> <p>¿Considera que las acciones exitosas realizadas hasta el momento son sostenibles a mediano y largo plazo?</p> <p>¿Es posible que aún sin respaldo del gobierno (nacional o distrital) estos programas pueden mantenerse gracias al interés y dinámica de la comunidad educativa?</p> <p>¿Considera que el impacto pedagógico de estas políticas permite prever que los futuros adultos sean más conscientes acerca de hábitos de vidas saludables?</p>

SECTOR	NIVEL	TIPO DE PREGUNTAS	PREGUNTAS
SALUD Y EDUCACIÓN	EJECUTORES DISTRIALES	a. Preguntas generales. (Desarrollo de preguntas generales, que sirvan para ejemplificar y para entrar en contexto).	<p><u>Capacidad de decisión</u></p> <p>¿Según su criterio, considera que es la escuela es el escenario adecuado para la promoción de estilos de vida saludable que contribuyan a la solución de un problema de salud pública?</p> <p>¿Cuál es la acción desde el plan de gobierno distrital que promueve un estilo de vida saludable referente a la alimentación saludable y actividad física en el ámbito escolar?</p>
SALUD Y EDUCACIÓN	EJECUTORES DISTRIALES	b. Preguntas complejas. (Más estructuradas, pretenden llevar a una exploración más profunda del problema).	<p><u>Capacidad de ejecución</u></p> <p>¿Las instituciones educativas tienen definidas las acciones y estrategias para promover un estilo de vida saludable en los estudiantes y sus familias, referte a la práctica de actividad física y alimentación saludable?</p> <p>¿Cuáles son las principales dificultades políticas, económicas y organizativas que se presentan en la implantación de la estrategia nacional para la promoción de estilos de vida saludable en ámbitos escolares?</p> <p>¿Cuáles son los factores claves que facilitan el proceso de implementación de las políticas públicas que promueven los estilos de vida saludable dirigidas para el ámbito escolar?</p> <p>¿Cuáles considera usted que son los logros obtenido hasta el momento referente a la promoción de un estilos de vida saludable en los ámbitos escolares?</p> <p>¿Considera que existe duplicidad de acciones de educación en salud con población escolarizada por parte de diferentes sectores?</p> <p>¿De qué manera la institución educativa promueve en los estudiantes la formación de un estilo de vida saludable referente a la práctica de actividad física y alimentación saludable?</p>

SECTOR	NIVEL	TIPO DE PREGUNTAS	PREGUNTAS
SALUD Y EDUCACIÓN	EJECUTORES DISTRITALES	<p>c. Preguntas sensibles. (Pretenden llevar al entrevistado a cuestionarse sobre asuntos contrastantes o polémicos de las propuestas de política pública, que permitan clasificar símbolos o proposiciones en categorías).</p>	<p><u>Capacidad de mantenimiento de las políticas</u></p> <p>¿Considera que las acciones exitosas realizadas hasta el momento son sostenibles a mediano y largo plazo?</p> <p>¿Es posible que aún sin respaldo del gobierno (nacional o distrital) estos programas pueden mantenerse gracias al interés y dinámica de la comunidad educativa?</p> <p>¿Considera que el impacto pedagógico de estas políticas permite prever que los futuros adultos sean más conscientes acerca de hábitos de vidas saludables?</p> <p>¿Cuáles son los cambios que a futuro esperan lograr con la implementación de la estrategia en comunidades educativas?</p>

GUIÓN PARA GRUPOS FOCALES DE DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA

GUÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPO FOCALES CON PADRES DE FAMILIA QUE RECIBEN PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE POR PARTE DEL GOBIERNO DISTRITAL

Fecha _____ de _____ realización:

Hora _____ de _____ Inicio:

Hora _____ de _____ finalización:

Lugar/Institución _____ educativa:

Tema de Discusión: Valoración del proceso de implementación de la estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Moderador:

Observador: _____

Participantes:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

(6) _____

(7) _____

(8) _____

Materiales:

Grabadora de audio, guías de preguntas, tablero o paleógrafo, marcadores, Guía de observación.

Objetivo General:

Identificar los factores que facilitan u obstaculizan el proceso de implementación de la estrategia promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de los agentes implementadores y beneficiarios de la política distrital referente a la alimentación saludable, actividad física, cuidado y autocuidado.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Identificar la valoración que tiene los padres de familia de la necesidad de implementación de sobre la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Conocer la prácticas cotidianas de los padres de familia que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS PADRES DE FAMILIA DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
Identificar el nivel de <u>conocimiento</u> que tienen los padres de familia sobre la estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	TEMA: Conocimiento de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable. PREGUNTAS MOTIVADORAS: ¿Cuál es el programa que se desarrolla en el colegio para promover un estilo de vida saludable?, ¿Qué saben del programa?, ¿qué temas abordan?, ¿Quiénes desarrollan las actividades del programa?, ¿a quiénes va dirigido?, ¿Cuánto tiempo lleva en el colegio?, ¿es obligatorio realizarlo?, ¿Cuáles consecuencias tiene el ni implementar el programa en el colegio? TÓPICOS ACLARATORIOS: Estilo de vida saludable Alimentación saludable	30 minutos

	Actividad física Autocuidado	
Identificar la <u>valoración</u> que tiene los padres de familia de la necesidad de implementación de sobre la estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	TEMA: Proceso de implementación de la Estrategia en ámbitos escolares. PREGUNTA MOTIVADORA: ¿Consideran necesario desarrollar el programa en el colegio?, ¿de qué manera beneficia el programa la salud actual de los estudiantes?, ¿cuál sería el principal beneficio en la salud de su hijo(a) a futuro?, ¿de qué manera se beneficia usted como padre de familia al realizarse el programa en el colegio de su hijo(a)?, ¿cuáles actividades del programa considera muy valiosas y cuáles son poco importantes?, ¿De qué manera usted participa o podría participar en el desarrollo programa de Estilo de vida saludable que se realiza en su colegio?, ¿Cuáles acciones espera usted que realice el gobierno para promover un estilo de vida saludable en los colegios? TÓPICOS ACLARATORIOS: Pertinencia del programa Participación de los agentes	30 minutos

GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS PADRES DE FAMILIA DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
Conocer la <u>prácticas cotidianas</u> de los padres de familia que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	TEMA: Capacidad de agencia de los padres de familia y docentes. PREGUNTA MOTIVADORA: ¿Con qué frecuencia practican actividad física?, ¿cómo promueven la práctica de actividad física con sus hijos (as)?, ¿Qué alimentos comen cotidianamente en el desayuno?, ¿ y en el almuerzo?, ¿desde que se está realizando el programa en el colegio, en que ha cambiado la alimentación del fin de semana con la de entre semana?, ¿De qué manera el programa ha modificado la alimentación y actividad física en la cotidianidad de su familia?, ¿qué se requiere para que usted	30 minutos

	<p>promueva un estilo de vida saludable en su familia?, ¿cuáles acciones realiza usted para promover un estilos de vida saludable en su familia?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS: Promoción de estilo de vida saludable Ámbito escolar Comunidad educativa</p>	
--	--	--

Tiempo total: 1 hora y media

Momento de iniciación:

1. Se inicia con el saludo de bienvenida, luego la presentación del moderador y los agradecimientos por la asistencia.
2. Presentación de los objetivos del grupo focal.
3. Instrucciones sobre la dinámica a desarrollar en el grupo focal
 - a. Padres de familia se ofrece un refrigerio sencillo.
 - b. Énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información.
 - c. Énfasis en una participación equitativa, respeto por las opiniones de los demás.
 - d. Recódales que no hay respuestas buenas, ni malas, solamente puntos de vistas y opiniones diversas con el fin de aprender de las experiencias.
 - e. Se informa que será grabado el Grupo Focal y que la información recolectada se organizará de manera anónima.
 - f. Se solicita la autorización de los participantes para grabar en audio.

Momento de Desarrollo:

Se comenzará con las siguientes preguntas con el fin de obtener la información relevante de los participantes para alcanzar los objetivos del grupo focal:

GUÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPO FOCAL CON DOCENTES QUE RECIBEN PROGRAMA
DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE POR PARTE DEL GOBIERNO DISTRITAL

Fecha de realización: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de finalización: _____

Lugar/Institución educativa: _____

Tema de Discusión: Valoración del proceso de la necesidad de implementar de la estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Moderador:

Observador: _____

Participantes:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

(6) _____

(7) _____

(8) _____

Materiales:

Grabadora de audio, guías de preguntas, tablero o paleógrafo, marcadores, guía de observación.

Objetivo General:

Identificar los factores que facilitan u obstaculizan el proceso de implementación de la estrategia promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de los agentes implementadores y beneficiarios de la política distrital referente a la alimentación saludable, actividad física, cuidado y autocuidado.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen los docentes sobre la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Identificar la valoración que tiene los docentes de la necesidad de implementar la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

- ✓ Conocer la prácticas cotidianas de los docentes que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Momento de iniciación:

1. Se inicia con el saludo de bienvenida, luego la presentación del moderador y los agradecimientos por la asistencia.
2. Presentación de los objetivos del grupo focal.
3. Instrucciones sobre la dinámica a desarrollar en el grupo focal
 - a. Padres de familia se ofrece un refrigerio sencillo.
 - b. Énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información.
 - c. Énfasis en una participación equitativa, respeto por las opiniones de los demás.
 - d. Recódales que no hay respuestas buenas, ni malas, solamente puntos de vistas y opiniones diversas con el fin de aprender de las experiencias.
 - e. Se informa que será grabado el Grupo Focal y que la información recolectada se organizará de manera anónima.
 - f. Se solicita la autorización de los participantes para grabar en audio.

Momento de Desarrollo:

Se comenzará con las siguientes preguntas con el fin de obtener la información relevante de los participantes para alcanzar los objetivos del grupo focal:

GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS DOCENTES DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
Identificar el nivel de <u>conocimiento</u> que tienen los docentes sobre la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos	TEMA: Conocimiento de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable. PREGUNTAS MOTIVADORAS: ¿Cuál es el programa que se desarrolla en el colegio para promover un estilo de vida saludable?, ¿Qué saben del programa?, ¿qué temas aborda?, ¿a quiénes va dirigido?, ¿Dentro de cuál proyecto pedagógico transversal lo desarrolla?, ¿es de fácil articulación pedagógica e integración curricular?, ¿quiénes desarrollan el programa en el colegio?, ¿Quién lo lidera?, ¿Cuánto tiempo lleva en	30 minutos

escolares.	<p>el colegio?, ¿es de fácil articulación e integración curricular?, ¿es de obligatorio cumplimiento desarrollar el programa en el colegio?, ¿cuáles consecuencias tiene el no implementar el programa en su institución educativa?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS: Estilo de vida saludable Alimentación saludable Actividad física Autocuidado</p>	
Identificar la <u>valoración</u> que tiene los docentes de la necesidad de implementar la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	<p>TEMA: Proceso de implementación de la Estrategia en ámbitos escolares.</p> <p>PREGUNTA MOTIVADORA: ¿Consideran necesario desarrollar el programa en el colegio?, ¿cuál es su rol dentro del desarrollo del programa en el colegio?, ¿De qué manera beneficia el programa la salud actual de los estudiantes?, ¿de qué manera se beneficia usted como docente al realizar el programa en el colegio?, ¿cuenta con recursos físicos, de capacitación y de tiempo para que se implemente el programa?, ¿qué elementos considera fundamentales para implementar con éxito el programa?, ¿Cuáles actividades del programa considera muy valiosas y cuáles son poco importantes?, ¿Cuáles acciones espera usted que realice el gobierno para promover un estilo de vida saludable en los colegios?, ¿cree que es suficiente este programa para promover un estilo de vida saludable en la comunidad educativa?</p>	30 minutos
Conocer la <u>prácticas cotidianas</u> de los docentes que facilitan u obstaculizan la necesidad de implementar la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	<p>TEMA: Capacidad de agencia de los padres de familia y docentes.</p> <p>PREGUNTA MOTIVADORA: ¿Cuáles actividades pedagógicas realiza usted para desarrollar el programa el estilo de vida saludable con sus estudiantes?, ¿Cuáles orientaciones le brinda la SED y la dirección de su colegios para implementar el programa?, ¿cómo promueven la práctica de actividad física con sus estudiantes?, ¿en qué ha cambiado la alimentación que el colegio le brinda a los estudiantes desde que se está implementado el programa?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS: Promoción de estilo de vida saludable Ámbito escolar Comunidad educativa</p>	30 minutos

Tiempo total: 1 hora y media

GUÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPO FOCALES CON PADRES DE FAMILIA QUE RECIBEN
PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE POR PARTE DE LA ENTIDAD PRIVADA

Fecha de realización: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de finalización: _____

Lugar/Institución educativa: _____

Tema de Discusión: Valoración del proceso de implementación de la estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares desarrollada por una entidad privada.

Moderador: _____

Observador: _____

Participantes:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

(6) _____

(7) _____

(8) _____

Materiales:

Grabadora de audio, guías de preguntas, tablero o paleógrafo, marcadores, Guía de observación.

Objetivo General:

Identificar los factores que facilitan u obstaculizan el proceso de implementación de la estrategia promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de los agentes implementadores y beneficiarios de la política distrital referente a la alimentación saludable, actividad física, cuidado y autocuidado.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares, liderada por una entidad privada.
- ✓ Conocer las prácticas cotidianas de los padres de familia que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares, liderada por una entidad privada.
- ✓ Identificar la valoración que tiene los padres de familia de la necesidad de implementar la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares, liderada por una entidad privada.

Momento de iniciación:

1. Se inicia con el saludo de bienvenida, luego la presentación del moderador y los agradecimientos por la asistencia.
2. Presentación de los objetivos del grupo focal.
3. Instrucciones sobre la dinámica a desarrollar en el grupo focal
 - a. Padres de familia se ofrece un refrigerio sencillo.
 - b. Énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información.
 - c. Énfasis en una participación equitativa, respeto por las opiniones de los demás.
 - d. Recódales que no hay respuestas buenas, ni malas, solamente puntos de vistas y opiniones diversas con el fin de aprender de las experiencias.
 - e. Se informa que será grabado el Grupo Focal y que la información recolectada se organizará de manera anónima.
 - f. Se solicita la autorización de los participantes para grabar en audio.

Momento de Desarrollo:

Se comenzará con las siguientes preguntas con el fin de obtener la información relevante de los participantes para alcanzar los objetivos del grupo focal:

GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS PADRES DE FAMILIA DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA QUE LIDERA LA ENTIDAD PRIVADA		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
Identificar el nivel de <u>conocimiento</u> que tienen los padres de familia sobre la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares liderada por una entidad privada.	<p>TEMA: Conocimiento de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable liderada por un agente privado.</p> <p>PREGUNTAS MOTIVADORAS:</p> <p>¿Cuál es el programa que se desarrolla en el colegio para promover un estilo de vida saludable?, ¿Qué saben del programa?, ¿qué temas abordan?, ¿Quiénes desarrollan las actividades del programa?, ¿a quiénes va dirigido?, ¿Cuánto tiempo lleva en el colegio?, ¿es obligatorio realizarlo?, ¿Cuáles consecuencias tiene el no implementar el programa en el colegio?, ¿quién lidera el programa de promoción de estilo de vida saludable?</p> <p>Pregunta diferencial con el grupo de padres de familia del programa del sector público:</p> <p>¿Conocen un programa liderado por el gobierno distrital o nacional para promover un estilo de vida saludable en ámbitos escolares?, ¿en qué consiste?, ¿Por qué no lo desarrollan en su institución?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Estilo de vida saludable Alimentación saludable Actividad física Autocuidado</p>	30 minutos
Identificar la <u>valoración</u> que tiene los padres de familia de la necesidad de implementar la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares liderada por una entidad privada.	<p>TEMA: Proceso de implementación de la Estrategia en ámbitos escolares liderada por un agente privado.</p> <p>PREGUNTA MOTIVADORA:</p> <p>¿Consideran necesario desarrollar el programa en el colegio?, ¿de qué manera beneficia el programa la salud actual de los estudiantes?, ¿cuál sería el principal beneficio en la salud de su hijo(a) a futuro?, ¿de qué manera se beneficia usted como padre de familia al realizarse el programa en el colegio de su hijo(a)?, ¿cuáles actividades del programa considera muy valiosas y cuáles son poco importantes?, ¿De qué manera usted participa o podría participar en el desarrollo programa de Estilo de vida saludable que se realiza en su colegio?, ¿Cuáles acciones espera usted que realice el gobierno para promover un estilo de vida saludable en los colegios?</p> <p>Pregunta diferencial con el grupo de padres de familia del programa del sector público:</p> <p>¿le interesaría implementar un programa de promoción de estilos de vida saludable liderado por el gobierno?, ¿cuáles aspectos considera muy valiosos del programa promovido por el gobierno?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Pertinencia del programa Participación de los agentes</p>	30 minutos
Conocer las <u>prácticas cotidianas</u> de los padres de familia que facilitan u	<p>TEMA: Capacidad de agencia de los padres de familia y docentes liderada por un agente privado.</p> <p>PREGUNTA MOTIVADORA:</p> <p>¿Con que frecuencia practica actividad física?, ¿cómo promueven la</p>	30 minutos

<p>obstaculizan la implementación de la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares liderada por la entidad privada.</p>	<p>práctica de actividad física con sus hijos (as)?, ¿Qué alimentos comen cotidianamente en el desayuno?, ¿y en el almuerzo?, ¿desde que se está realizando el programa en el colegio, en que ha cambiado la alimentación del fin de semana con la de entre semana?, ¿De qué manera el programa ha modificado la alimentación y actividad física en la cotidianidad de su familia?, ¿qué se requiere para que usted promueva un estilo de vida saludable en su familia?, ¿cuáles acciones realiza usted para promover un estilos de vida saludable en su familia?</p> <p>Pregunta diferencial con el grupo de padres de familia del programa del sector público:</p> <p>¿Considera que el programa del gobierno brinda los recursos de capacitación, tiempo, económicos y materiales para poderlo desarrollar en el colegio?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Promoción de estilo de vida saludable Ámbito escolar Comunidad educativa</p>	
--	---	--

Tiempo total: 1 hora y media

GUÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPO FOCALES CON DOCENTES QUE RECIBEN PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE POR PARTE DE LA ENTIDAD PRIVADA

Fecha de realización: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de finalización: _____

Lugar/Institución educativa: _____

Tema de Discusión: Valoración del proceso de implementación de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares, liderada por un agente privado.

Moderador: _____

Observador: _____

Participantes:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

(6) _____

(7) _____

(8) _____

Materiales:

Grabadora de audio, guías de preguntas, tablero o paleógrafo, marcadores, Guía de observación.

Objetivo General:

Identificar los factores que facilitan u obstaculizan el proceso de implementación de la estrategia promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de los agentes implementadores y beneficiarios de la política distrital referente a la alimentación saludable, actividad física, cuidado y autocuidado.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen los docentes sobre la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares, liderada por una entidad privada.
- ✓ Conocer la prácticas cotidianas de los docentes que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares, liderada por una entidad privada.
- ✓ Identificar la valoración que tiene los docentes de la necesidad de implementar la Estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares, liderada por una entidad privada.

Momento de iniciación:

1. Se inicia con el saludo de bienvenida, luego la presentación del moderador y los agradecimientos por la asistencia.
2. Presentación de los objetivos del grupo focal.
3. Instrucciones sobre la dinámica a desarrollar en el grupo focal
 - a. Padres de familia se ofrece un refrigerio sencillo.
 - b. Énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información.
 - c. Énfasis en una participación equitativa, respeto por las opiniones de los demás.
 - d. Recódales que no hay respuestas buenas, ni malas, solamente puntos de vistas y opiniones diversas con el fin de aprender de las experiencias.

- e. Se informa que será grabado el Grupo Focal y que la información recolectada se organizará de manera anónima.
- f. Se solicita la autorización de los participantes para grabar en audio.

Momento de Desarrollo:

Se comenzará con las siguientes preguntas con el fin de obtener la información relevante de los participantes para alcanzar los objetivos del grupo focal:

GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS DOCENTES DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA QUE LIDERA LA ENTIDAD PRIVADA		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
Identificar el nivel de <u>conocimiento</u> que tienen los docentes sobre la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	<p>TEMA: Conocimiento de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable.</p> <p>PREGUNTAS MOTIVADORAS:</p> <p>¿Cuál es el programa que se desarrolla en el colegio para promover un estilo de vida saludable?, ¿Qué saben del programa?, ¿qué temas aborda?, ¿a quiénes va dirigido?, ¿a cuál proyecto pedagógico transversal lo articula?, ¿es de fácil articulación pedagógica e integración curricular?, ¿quiénes desarrollan el programa en el colegio?, ¿Quién lo lidera?, ¿Cuánto tiempo lleva en el colegio?, ¿es de obligatorio cumplimiento desarrollar el programa en el colegio?, ¿cuáles consecuencias tiene el no implementar el programa en su institución educativa?</p> <p>Pregunta diferencial con el grupo de docentes del programa del sector público:</p> <p>¿Conocen un programa liderado por el gobierno distrital o nacional para promover un estilo de vida saludable en ámbitos escolares?, ¿en qué consiste?, ¿Por qué no lo desarrollan en su institución?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Estilo de vida saludable Alimentación saludable Actividad física Autocuidado</p>	30 minutos
Identificar la <u>valoración</u> que tiene los docentes de la necesidad de implementar la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	<p>TEMA: Proceso de implementación de la Estrategia en ámbitos escolares.</p> <p>PREGUNTA MOTIVADORA:</p> <p>¿Consideran necesario desarrollar el programa en el colegio?, ¿cuál es su rol dentro del desarrollo del programa en el colegio?, ¿De qué manera beneficia el programa la salud actual de los estudiantes?, ¿de qué manera se beneficia usted como docente al realizar el programa en el colegio?, ¿cuenta con recursos físicos, de capacitación y de</p>	30 minutos

	<p>tiempo para que se implemente el programa?, ¿qué elementos considera fundamentales para implementar con éxito el programa?, ¿Cuáles actividades del programa considera muy valiosas y cuáles son poco importantes?, ¿Cuáles acciones espera usted que realice el gobierno para promover un estilo de vida saludable en los colegios?, ¿cree que es suficiente este programa para promover un estilo de vida saludable en la comunidad educativa?</p> <p>Pregunta diferencial con el grupo de docentes del programa del sector público:</p> <p>¿le interesaría implementar un programa de promoción de estilos de vida saludable liderado por el gobierno?, ¿cuáles aspectos considera muy valiosos del programa promovido por el gobierno?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Pertinencia del programa</p> <p>Participación de los agentes</p>	
<p>Conocer la <u>prácticas cotidianas</u> de los docentes que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.</p>	<p>TEMA: Capacidad de agencia de los padres de familia y docentes.</p> <p>PREGUNTA MOTIVADORA:</p> <p>¿Cuáles actividades pedagógicas realiza usted para desarrollar el programa el estilo de vida saludable con sus estudiantes?, ¿Cuáles orientaciones le brinda la SED y la dirección de su colegios para implementar el programa?, ¿cómo promueven la práctica de actividad física con sus estudiantes?, ¿en qué ha cambiado la alimentación que el colegio le brinda a los estudiantes desde que se está implementado el programa?</p> <p>Pregunta diferencial con el grupo de docentes del programa del sector público:</p> <p>¿Considera que el programa del gobierno brinda los recursos de capacitación, tiempo, económicos y materiales para poderlo desarrollar en el colegio?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Promoción de estilo de vida saludable</p> <p>Ámbito escolar</p> <p>Comunidad educativa</p>	<p>30 minutos</p>

Tiempo total: 1 hora y media

GUÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPO FOCALES CON PADRES DE FAMILIA QUE NO RECIBEN PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE POR PARTE DEL GOBIERNO DISTRITAL O DE LA ENTIDAD PRIVADA

Fecha de realización: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de finalización: _____

Lugar/Institución educativa: _____

Tema de Discusión: Valoración de la necesidad de implementar la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Moderador: _____

Observador: _____

Participantes:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

(6) _____

(7) _____

(8) _____

Materiales:

Grabadora de audio, guías de preguntas, tablero o paleógrafo, marcadores, Guía de observación.

Objetivo General:

Identificar los factores que facilitan u obstaculizan el proceso de implementación de la estrategia promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de los agentes implementadores y beneficiarios de la política distrital referente a la alimentación saludable, actividad física, cuidado y autocuidado.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar la percepción sobre la necesidad de implementación de la Estrategia distrital o de la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre la Estrategia distrital o de la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

- ✓ Identificar la valoración que tiene los padres de familia de la necesidad de implementar la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Conocer las prácticas cotidianas de los padres de familia que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Momento de iniciación:

1. Se inicia con el saludo de bienvenida, luego la presentación del moderador y los agradecimientos por la asistencia.
2. Presentación de los objetivos del grupo focal.
3. Instrucciones sobre la dinámica a desarrollar en el grupo focal
 - a. Padres de familia se ofrece un refrigerio sencillo.
 - b. Énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información.
 - c. Énfasis en una participación equitativa, respeto por las opiniones de los demás.
 - d. Recódales que no hay respuestas buenas, ni malas, solamente puntos de vistas y opiniones diversas con el fin de aprender de las experiencias.
 - e. Se informa que será grabado el Grupo Focal y que la información recolectada se organizará de manera anónima.
 - f. Se solicita la autorización de los participantes para grabar en audio.

Momento de Desarrollo:

Se comenzará con las siguientes preguntas con el fin de obtener la información relevante de los participantes para alcanzar los objetivos del grupo focal:

GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS PADRES DE FAMILIA DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS QUE NO PARTICIPAN EN LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
Identificar la <u>percepción sobre la necesidad de implementación</u> de la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	TEMA: Necesidad de atender una problemática de salud y educación PREGUNTAS MOTIVADORAS ¿Cuáles problemas de salud de los estudiantes consideran necesarios trabajar en el colegio?, ¿de qué manera podrían trabajarse en el colegio?, ¿considera necesario desarrollar un programa que promueva estilos de vida saludable en la comunidad educativa?, ¿a quién le corresponde desarrollar un programa de este tipo en los colegios? TÓPICOS ACLARATORIOS: Vida saludable Agente privado	30 minutos

GUÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPO FOCALES CON DOCENTES QUE NO RECIBEN
PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE POR PARTE DEL GOBIERNO DISTRITAL O DE
LA ENTIDAD PRIVADA

Fecha de realización: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de finalización: _____

Lugar/Institución educativa: _____

Tema de Discusión: Valoración del proceso de implementación de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Moderador:

Observador: _____

Participantes:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

(6) _____

(7) _____

(8) _____

Materiales:

Grabadora de audio, guías de preguntas, tablero o paleógrafo, marcadores, Guía de observación.

Objetivo General:

Identificar los factores que facilitan u obstaculizan el proceso de implementación de la estrategia promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares a través de los conocimientos, actitudes

y prácticas de los agentes implementadores y beneficiarios de la política distrital referente a la alimentación saludable, actividad física, cuidado y autocuidado.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar la percepción sobre la necesidad de implementación de la Estrategia distrital o de la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre la Estrategia distrital la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Identificar la valoración que tiene los padres de familia de la implementación de sobre la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Conocer las prácticas cotidianas de los padres de familia que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Momento de iniciación:

1. Se inicia con el saludo de bienvenida, luego la presentación del moderador y los agradecimientos por la asistencia.
2. Presentación de los objetivos del grupo focal.
3. Instrucciones sobre la dinámica a desarrollar en el grupo focal
 - a. Padres de familia se ofrece un refrigerio sencillo.
 - b. Énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información.
 - c. Énfasis en una participación equitativa, respeto por las opiniones de los demás.
 - d. Recódales que no hay respuestas buenas, ni malas, solamente puntos de vistas y opiniones diversas con el fin de aprender de las experiencias.
 - e. Se informa que será grabado el Grupo Focal y que la información recolectada se organizará de manera anónima.
 - f. Se solicita la autorización de los participantes para grabar en audio.

Momento de Desarrollo:

Se comenzará con las siguientes preguntas con el fin de obtener la información relevante de los participantes para alcanzar los objetivos del grupo focal:

GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS DOCENTES DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
Identificar la <u>percepción sobre la necesidad de implementación</u> de la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	TEMA: Necesidad de atender una problemática de salud y educación. PREGUNTAS MOTIVADORAS ¿Cuáles problemas de salud de los estudiantes consideran necesarios trabajar en el colegio?, ¿de qué manera podrían trabajarse en el colegio?, ¿considera necesario desarrollar un programa que promueva estilos de vida saludable en la comunidad educativa?, ¿a quién le corresponde desarrollar un programa de este tipo en los colegios? TÓPICOS ACLARATORIOS: Vida saludable Agente privado	30 minutos
Identificar el nivel de <u>conocimiento</u> que tienen los docentes sobre la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	TEMA: Conocimiento de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable. PREGUNTAS MOTIVADORAS: ¿Conoce un programa que se desarrolle en el colegio para promover un estilo de vida saludable?, ¿Qué saben del programa?, ¿qué temas aborda?, ¿a quiénes va dirigido?, ¿A cuál proyecto pedagógico transversal lo articularía?, ¿considera de fácil articulación pedagógica e integración curricular un programa de este tipo?, ¿a quiénes les correspondería desarrollar el programa en el colegio?, ¿Quién lo lidera?, ¿Cuánto tiempo lleva en el colegio?,	30 minutos
GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS DOCENTES DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
	¿Dentro de cuál proyecto pedagógico transversal lo desarrolla?, ¿piensa que un programa de esta clase debería ser de obligatorio cumplimiento desarrollarlo en el colegio?, ¿cuáles implicaciones debería tener el no implementar el programa en las instituciones educativas? TÓPICOS ACLARATORIOS: Estilo de vida saludable Alimentación saludable Actividad física y Autocuidado	
Identificar la	TEMA: Proceso de implementación de la Estrategia en ámbitos	30 minutos

<p><u>valoración</u> que tiene los docentes de la necesidad de implementar la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.</p>	<p>escolares. PREGUNTA MOTIVADORA: ¿Consideran necesario desarrollar un programa en el colegio?, ¿cuál sería su rol dentro del desarrollo del programa en el colegio?, ¿De qué manera beneficia el programa la salud actual de los estudiantes?, ¿de qué manera se beneficiaría usted como docente al realizar el programa en el colegio?, ¿cuáles recursos se requerirían para implementarlo en su colegio?, ¿qué elementos considera fundamentales para implementar con éxito el programa?, ¿Cuáles acciones esperaría usted que realice el gobierno para promover un estilo de vida saludable en los colegios?, ¿cree que es suficiente un programa de esta clase para promover un estilo de vida saludable en la comunidad educativa?, ¿considera pertinente que una entidad privada desarrolle el programa en su colegio? TÓPICOS ACLARATORIOS: Pertinencia del programa Participación de los agentes</p>	
<p>Conocer la <u>prácticas cotidianas</u> de los docentes que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital o la entidad privada para la promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.</p>	<p>TEMA: Capacidad de agencia de los padres de familia y docentes. PREGUNTA MOTIVADORA: ¿Cuáles actividades pedagógicas realizaría usted para desarrollar el programa el estilo de vida saludable con sus estudiantes?, ¿Cuáles orientaciones debería brindarle la SED y la dirección de su colegios para implementar el programa?, ¿cómo promovería la práctica de actividad física con sus estudiantes desde su quehacer pedagógico?, ¿en qué ha podría cambiar la alimentación que el colegio le brinda a los estudiantes al implementarse el programa? TÓPICOS ACLARATORIOS: Promoción de estilo de vida saludable Ámbito escolar Comunidad educativa</p>	<p>30 minu-tos</p>

Tiempo total: 1 hora y media

GUIÓN GRUPO FOCAL LÚDICO
 GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS ESTUDANTES DE LAS COMUNIDADES
 EDUCATIVAS PARTICIPANTES

Fecha de realización: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de finalización: _____

Lugar/Institución educativa: _____

Tema de Discusión: Valoración del proceso de implementación de la estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Moderador: _____

Nombre del participante	Edad	Grado o curso
1.		Primero
2.		Primero
3.		Segundo
4.		Segundo
5.		Tercero
6.		Tercero
7.		Cuarto
8.		Cuarto
9.		Quinto
10.		Quinto

Materiales:

Grabadora de audio, guías de preguntas, fichas didácticas, lápices de colores, guía de observación.

Objetivo General:

Identificar los factores que facilitan u obstaculizan el proceso de implementación de la estrategia promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares a través de los conocimientos, actitudes

y prácticas de los agentes implementadores y beneficiarios de la política distrital referente a la alimentación saludable, actividad física, cuidado y autocuidado.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes sobre la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Identificar la valoración que tiene los estudiantes de la necesidad de implementación de sobre la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.
- ✓ Conocer la prácticas cotidianas de los estudiantes que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.

Momento de iniciación:

1. Se inicia con el saludo de bienvenida, luego la presentación del moderador y los agradecimientos por la asistencia.
2. Presentación de los objetivos del grupo focal.
 1. Instrucciones sobre la dinámica a desarrollar en el grupo focal
 - a. Se hace énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información.
 - b. Énfasis en una participación equitativa, respeto por las opiniones de los demás.
 - c. Recórdales que no hay respuestas buenas, ni malas, solamente puntos de vistas y opiniones diversas con el fin de aprender de las experiencias.
 - d. Se informa que será grabado el grupo focal y que la información recolectada se organizará de manera anónima.
 - e. Se solicita la autorización de los participantes para grabar en audio.
 - f. Se entrega un detalle de agradecimiento que invite a practicar actividad física.

Momento de Desarrollo:

Se comenzará con las siguientes preguntas con el fin de obtener la información relevante de los participantes para alcanzar los objetivos del grupo focal:

GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL CON LOS ESTUDANTES DE LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS ABIERTAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
Identificar el nivel de <u>conocimiento</u> que tienen los estudiantes sobre la estrategia de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	<p>TEMA: Conocimiento de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable.</p> <p>PREGUNTAS MOTIVADORAS:</p> <p>¿Cuáles de los siguientes alimentos son saludables? (anexo 1), ¿te los preparan en la casa o en el colegio?, ¿quién te enseñó lo que es un alimento saludable?, ¿cuáles de los siguiente alimentos <u>no</u> son saludables? (anexo 1), ¿Por qué no son saludables?, ¿Quién te enseñó que no son saludables?</p> <p>¿Cuáles de las siguientes imágenes muestran personas practicando actividad física? (anexo 2), ¿consideras que la actividad física te ayuda a estar sano?, ¿Cuáles actividades físicas son más saludables?, (anexo 2).</p> <p>¿Quiénes deben cuidar de tu salud?, ¿Cuáles actividades realizas en tu colegio para cuidar tu salud?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Estilo de vida saludable Alimentación saludable Actividad física Autocuidado</p>	10 minutos
Identificar la <u>valoración</u> que tiene los estudiantes de la necesidad de implementación de sobre la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.	<p>TEMA: Proceso de implementación de la Estrategia en ámbitos escolares.</p> <p>PREGUNTAS MOTIVADORAS:</p> <p>¿te gusta que te enseñen en el colegio sobre alimentación saludable y actividad física?, ¿en qué clases prácticas actividad física?, ¿en cuales clases aprendes sobre alimentación saludables?, ¿te gusta comer frutas y verduras?, ¿te gusta practicar actividad física?</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Pertinencia del programa Participación de los agentes</p>	10 minutos

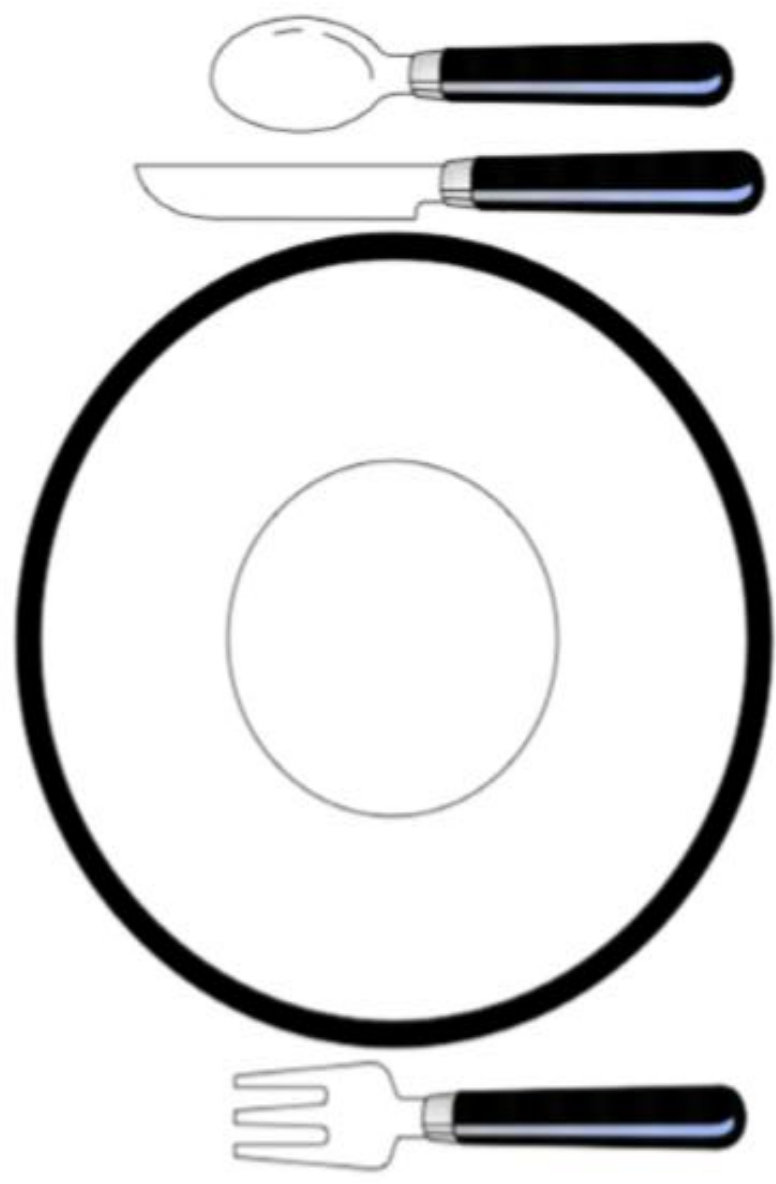
<p>Conocer la <u>prácticas cotidianas</u> de los estudiantes que facilitan u obstaculizan la implementación de la Estrategia distrital de promoción de Estilos de Vida Saludable en ámbitos escolares.</p>	<p>TEMA: Capacidad de agencia de los padres de familia y docentes.</p> <p>PREGUNTAS MOTIVADORAS:</p> <p>¿cuáles actividades realizas en casa para cuidar tu salud? ¿en cuál clase te enseñan sobre alimentación saludable y actividad física?, ¿ Tus padres participan en las actividades de alimentación y actividad física que hacen en el colegio?, toma las fichas didácticas y selecciona las que muestran las frutas y verduras que consumes en tu casa, luego elige los alimentos poco saludables que consumes el colegio. Dibuja en el plato un almuerzo saludable y escribe en el recuadro el nombre de la actividad física que más prácticas en el colegio. Anexo 3.</p> <p>TÓPICOS ACLARATORIOS:</p> <p>Promoción de estilo de vida saludable Ámbito escolar Comunidad educativa</p>	<p>10 minutos</p>
--	---	-------------------

30 minutos

Anexo Z. Instrumentos para grupo Focal Lúdico

PLATO SALUDABLE

NOMBRE COLEGIO: _____
NOMBRE NIÑO: _____
CURSO: _____





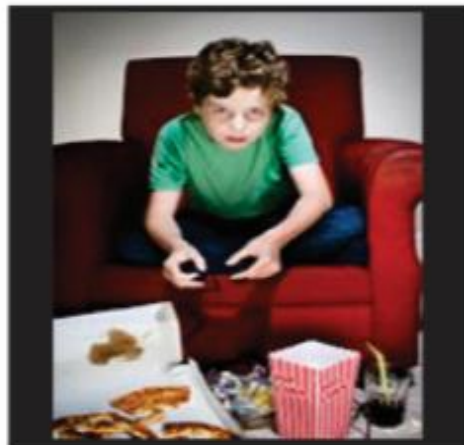
ACTIVIDAD FÍSICA
EN EL COLEGIO



Alimentos Saludables y No Saludables



ACTIVIDAD FISICA



Anexo AA. Relación entre hallazgos, conclusiones y recomendaciones

HALLAZGO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
<p>Se evidencia una percepción diferencial del problema de salud pública entre actores en los diferentes niveles de acción de orden nacional, distrital y local, obstáculo que afecta la capacidad de decisión y agencia de los actores de la política del orden nacional y distrital, éstos últimos deciden construir las propias estrategias de promoción de la salud en lo referente a un Estilo de vida saludable en el ámbito escolar.</p> <p>Los actores enmarcan sus acciones desde diferentes enfoques: Enfoque de derechos, enfoque de promoción de la salud, enfoque de competencias ciudadanas, enfoque para el desarrollo de la convivencia y ciudadanía.</p> <p>Se pierde de vista el tema de la promoción en salud y se reduce a las acciones preventivas selectivas que no logran permear al colegio el tema de los hábitos y estilos de vida con la lógica promocional de salud en el ámbito escolar.</p>	<p>La falta de articulación entre las entidades decisoras y responsables de la policía pública del orden nacional con las correspondientes en el distrito capital de Bogotá, generó un cambio del eje de acción de la política que no permitió trasladar la decisión del orden nacional al distrital.</p> <p>Diferencias ideológicas entre el gobierno nacional y distrital.</p> <p>La falta de información sobre el problema de salud pública que afecta a la población colombiana, no se ha visibilizado como un problema, por lo tanto no se le da la importancia necesaria a la política pública que pretende cambiar los comportamientos de la población escolar hacia la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las Enfermedades cardiovasculares derivadas de un inadecuado estilo de vida.</p>	<p>Unificar enfoques de trabajo entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y unificar términos, metodología, ruta de trabajo, y estrategia para la asistencia técnica a los funcionarios de las Secretarías de salud y educación.</p> <p>Unificar criterios de valoración del problema público por las diferentes entidades del para atender desde las comunidades educativas.</p> <p>Contar con una entidad mediadora entre los Ministerios de Salud y Educación para articular las acciones con las Secretaria de Salud y Educación con el fin de desarrollar un proceso de implementación de la política pública que no esté afectado por los intereses particulares y logre instaurarse en cada comunidad educativa.</p> <p>Asegurar continuidad y permanencia de la Estrategia de Promoción de Estilos de vida saludable, EPEVS, a través de alianzas público - privadas, fortalecida con un sistema de incentivos para los agentes implementadores. Crear controles y acompañamiento a los agentes ejecutores de la EPEVS por parte del gobierno nacional y distrital.</p>
<p>La sostenibilidad de la estrategia depende de la voluntad de vinculación de las Secretarías de Educación y Salud por medio de sus funcionarios delegados, quienes buscan a su vez la voluntad de trabajo de los rectores de los colegios y comunidades educativas.</p> <p>La SSD Intencionalmente no atiende a todos los colegios, solo se identifica la comunidad educativa de mayor</p>	<p>Hay fragilidad en la capacidad de agencia de los actores implementadores de la política pública y dificulta la capacidad de sostenibilidad de la EPEVS en cada comunidad educativa debido a los siguientes factores:</p> <p>El proceso de implementación de las diferentes estrategias de promoción de estilos de vida saludables en Bogotá bajo la actual administración se desarrolla sin criterio institucional definido, sino de acuerdo a los criterios de los funcionarios de la</p>	<p>Establecer los criterios de acciones y de priorización de decisiones que no se limiten por el sesgo marcado por el perfil profesional de los funcionarios que deciden sobre la EPEVS en los diferentes niveles.</p> <p>Asignar un gestor del programa de promoción de estilo de vida saludable por cada localidad, con el fin de que brinde acompañamiento a los docentes de las comunidades educativas para mantener el programa y asegurar el cumplimiento del</p>

<p>importancia según el tamaño de su población, y se acuerda con la Secretaría de Educación las comunidades educativas con las que ellos trabajan para no ir allá o se define a través de un mapa por georeferenciación entre las SSD y la SED.</p> <p>Se trabaja por demanda a partir de lo que está surgiendo en los colegios, cada colegio es un universo diferente y cada localidad tiene una problemáticas.</p> <p>El cambio de administraciones distritales ha dificultado la implementación y continuidad del programa, lo adaptan y le dan otro nombre y lo abordan de otra manera.</p> <p>La capacidad de agencia depende de la importancia que la administración y la gerencia establezcan a la EPEVS para asignar los recursos y tiempo de trabajo pertinentes para el éxito de la política.</p>	<p>SSD o la SED.</p> <p>Disrupción de autoridad entre las Secretaria de salud Distrital y la Secretaria de educación, quienes no definen estrategias reales de acción, recursos y directrices claras para desarrollar la estrategia en las comunidades educativas.</p> <p>La falta de legitimidad institucional de la política pública y la interacción con los colectivos sociales que participan en el proceso de legitimación y concertación de las políticas públicas son débiles, debido a que las instituciones líderes son frágiles en sus decisiones y agencia, peo sobre todo en su falta de reconocimiento de obediencia por parte de los actores operadores e implementadores.</p> <p>La falta de contexto y definición de contenidos permite que se diluya el propósito original de la política pública y afecta la capacidad de decisión y gestión de los actores de la política.</p>	<p>propósito de la política pública.</p> <p>Fortalecer el PEI alrededor de los estilos de vida saludable con base en las directrices que brindan los ministerios y las Secretarías de Educación y Salud.</p>
<p>Un factor determinante para la implementación de política pública es la voluntad de trabajo de las directivas docentes y docentes de los centros educativos, la autonomía de ellos determina la viabilidad de la política y su sostenibilidad.</p> <p>Las decisiones en las comunidades educativas las toman los rectores y equipos directivos respecto a la implementación o no de las políticas, planes y programas, acogidos a la completa autonomía otorgada en ley de educación. La decisión depende de la problemática identificada por los rectores en cada comunidad educativa.</p> <p>El equipo directivo está en</p>	<p>El desarrollo de las EPEVS debe ser acordado en cada rector de los centros educativos, lo cual afecta la capacidad de agencia de los actores de la política, quienes deben persuadir a los rectores de los colegios y acordar con cada uno la implementación de la estrategia en sus comunidades educativas, lo cual da cuenta de la falta de legitimidad de la política y el débil compromiso del sector educativo, expresado en falta de recursos técnicos, humanos y financieros para apoyar su desarrollo de la EPEVS y en las limitaciones de tiempo de los docentes para la capacitación y conocimientos en temas de salud.</p> <p>La sostenibilidad depende del criterio personal y el interés de los agentes operadores de la política pública que</p>	<p>Sensibilizar a los rectores, equipos directivos y a los docentes sobre el problema de salud pública derivado de los inadecuados estilos de vida y manifestados en el incremento de la obesidad, sedentarismo y consumo de alimentos poco saludables.</p> <p>Establecer la integración curricular de la estrategia EPEVS como eje articulador de un proyecto pedagógico transversal.</p> <p>Empoderar a la comunidad educativa para desarrollar y mantener la EPEVS.</p> <p>Resaltar la importancia de la promoción de la salud en el ámbito escolar a través de las actividades pedagógicas que se realizan en cada comunidad educativa y darle relevancia a los proyectos</p>

<p>capacidad de tomar las decisiones que afectan a la comunidad educativa y adaptar aquellas que sean de carácter obligatorio desde el MEN o la SED.</p> <p>El equipo directivo evalúa la pertinencia de la EPEVS y bajo criterios particulares acepta el desarrollo de la estrategia y realiza la integración curricular de la EPEVS en las áreas básicas y proyectos transversales adaptado a los grados escolares de los estudiantes.</p>	<p>busca trascender la vida de la comunidad educativa.</p>	<p>pedagógicos.</p> <p>Brindar acompañamiento de profesionales expertos a los docentes implementadores y padres de familia para generar cambios reales en los estilos de vida en cada familia que hace parte de las comunidades educativas.</p>
<p>Los padres de familia, docentes y directivas de los colegios manifiestan no conocer un programa, un plan o política pública que promueva los estilos de vida saludable con énfasis en la práctica de actividad física y alimentación saludable.</p> <p>Los principales actores decisores e implementadores limitan su capacidad de decisión porque desconocen información de documentos oficiales, lineamientos, acuerdos, agendas de cooperación y acuerdos referentes a la EPEVS y en ocasiones se manifiesta la necesidad de hacer mayor divulgación de los problemas de salud referentes a la ENT, conocer las causas y consecuencias derivadas de esa en el mediano y largo plazo que les aclaren el panorama y puedan tomar decisiones con base en el conocimiento y no en las percepciones.</p>	<p>El desconocimiento de la estrategia de promoción de estilos de vida saludable EPEVS, dificulta su articulación e inclusión dentro del Proyecto Educativo Institucional (PEI) para incorporar los contenidos de salud en el desarrollo de los programas curriculares en cada uno de los grados de preescolar y educación básica.</p>	<p>Divulgar en los sectores correspondientes y en los ámbitos escolares la existencia de la EPEVS y presentarla como una estrategia para la solución de un problema de salud pública que articula las acciones efectivas del sector salud y educación.</p> <p>Realizar la integración curricular de la EPEVS con las áreas académicas y proyectos pedagógicos que orienten las acciones con un propósito de formación y educación integral de los estudiantes o se cree una cátedra de estilos de vida saludable en el que se integren componentes de prevención de enfermedades, autocuidado y promoción de la salud.</p>
<p>La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de 2005 y 2010, mostró un panorama preocupante en Bogotá; por una parte, un aumento en la</p>	<p>El proceso de implementación analizado deja claro que las políticas de Estilos de Vida Saludable en el ámbito escolar, no ha logrado cambios significativos en la situación</p>	<p>Sensibilizar a las comunidades educativas sobre el problema de salud pública, manifestado a través de la obesidad y malos hábitos de alimentación en los niños, niñas y</p>

<p>obesidad y el sobrepeso en los niños, niñas y adolescentes, que en el 2010 llegó a afectar al 51,9% de esta población, muestran un incremento de inadecuados hábitos de alimentación y actividad física en la población colombiana, en especial los resultados referidos a la infancia reportan que el 50% tiene un estilo de vida sedentario, el 48% tienen un alto consumo de grasas e hidratos de carbono, el 30% están expuestos al tabaquismo pasivo, 14% tienen sobrepeso o son obesos, el 12% de hiperlipidemia y hasta un 5% tiene hipertensión arterial, tales resultados evidencian la magnitud del problema de salud pública que se comienza a manifestar desde temprana edad.</p>	<p>de salud de los estudiantes, evidenciado en el incremento de obesidad y sobrepeso, sedentarismo y bajo consumo de alimentos saludables. Situación que afectará a miles de niños, niñas y adolescentes a mediano y largo plazo, debido a que las ENT, especialmente las enfermedades cardiovasculares producidas por los inadecuados hábitos de vida se manifiestan en la edad adulta. Es decir la población escolar de hoy será la población enferma del futuro, lo cual deja ver la brecha entre los propósitos de la política pública y la praxis de ésta que no han trascendido a las comunidades educativas.</p>	<p>adolescentes colombianos. Incentivar a los rectores y directivas en la toma de decisiones institucionalizadas, manifiestas y firmes para desarrollar la estrategia EPEVS, de manera constante y articulado entre padres de familia, docentes y estudiantes. Acompañar el desarrollo de la EPEVS por una ONG para que el trabajo en el colegio sea permanente y no se pierda el objetivo de la estrategia y favorezca la organización, sostenibilidad de la estrategia. Capacitar y motivar a los docentes para desarrollar la EPEVS en cada comunidad educativa. Establecer la formación de hábitos saludables como una prioridad y promoverlos oportunamente desde los primeros años de vida. Conocer las necesidades de los estudiantes y las comunidades educativas para adaptar la estrategia de EPEVS.</p>
<p>Diversos enfoques para el análisis de políticas públicas no establecen criterios precisos para abordar el proceso de implementación de la política pública e identificar la praxis del Deber ser con el Deber hacer. Los elementos claves que permitir el propósito se encuentra en la metodología Planeación Estratégica Situacional, PES.</p>	<p>El análisis realizado desde el enfoque PES permitió comprender que la gestión pública centrada en las necesidades de los ciudadanos con énfasis en el momento táctico operacional de la Estrategia de Promoción de Estilo de Vida Saludable en la administración distrital de Bogotá presenta una desconexión entre la política pública y las acciones de las entidades responsables de la implementación, carece de viabilidad política y organizativa, debido a la diversidad de las percepciones del problema de salud pública y la falta de capacidad de agencia de los actores.</p>	<p>Establecer los criterios de acciones y de priorización de decisiones que viabilicen la implementación efectiva y eficaz de la EPEVS en el ámbito escolar.</p>
<p>Falta de la estrategia de implementación, plan de seguimiento y monitoreo, acciones articuladas y evaluación de esta estrategia nacional.</p>	<p>El problema público real que se desea modificar, queda sin resolver y deja a varias generaciones de niños, niñas y adolescentes que hoy están sanas expuestas a la pérdida de esta condición por falta de la acción decidida del Estado, de la sociedad y de todos aquellos agentes llamados</p>	<p>Establecer como marco de acción integral con enfoque amplio de formación en autonomía, cuidado y autocuidado que incluya la formación de un estilo de vida saludable de manera definida en las entidades y en la comunidad educativa en general, para desarrollar capacidades del Ser y</p>

	a responder ante las necesidades de una población para modificar sus comportamientos, evitar enfermedades y muertes por causa prevenibles.	el Saber, como eje transversal a toda acción pedagógica. Reconoce el papel preponderante de los docentes e incentivarlos para que realizar programa y proyectos.
La SDS trabaja desde los determinantes sociales de salud y la Secretaría de Educación en el enfoque promocional y desarrollo de la convivencia y ciudadanía para la formación de capacidades del Ser y el Saber. Este aspecto ha abierto una brecha respecto de las prioridades de agencia y al quehacer de las políticas, al punto de decidir cada entidad trabajar con las comunidades educativas por separado.	La brecha entre el discurso y la acción derivado de los diversos enfoques de acción entre los ministerios nacionales y las secretarías distritales no logran superar las diferencias, alcanzar metas a lograr acciones concretas que modifiquen las conductas de los miembros de las comunidades educativas.	Acompañar a las comunidades educativas en el proceso de implementación de la EPEVS a través de la acción comprometida de las ONG's con las Secretarías de Educación y Salud.
<p>Las decisiones en los colegios las toman los rectores y equipos directivos respecto a la implementación de los programas, debido a que existe completa autonomía otorgada en ley de educación.</p> <p>La decisión de implementar la EPEVS depende de la problemática identificada por los rectores y Secretarías en cada comunidad educativa.</p> <p>El equipo de nutricionistas de la SSD y de referentes del programa de Ciudadanía y Convivencia de la SED deben establecer una relación con directivas y docentes que le interese el tema para convencerlos para poder desarrollar la estrategia.</p> <p>La Autonomía del sector educativo, específicamente la de los colegios hace presente y determinante para desarrollar la EPEVS, si la institución no quiere trabajar la estrategia es</p>	<p>El rector es el eslabón determinante de la política pública de EPEVS, que detenta el real poder de decisión de la política pública en el proceso de implementación al evidenciarse la manera como los actores operadores de la política pública asumen una técnica de persuasión persona por persona, colegio por colegio y rector por rector, estrategia desgastante para estos agentes operadores, poco efectiva para su implementación y muy costosa para el Estado.</p> <p>Los rectores y equipo directivo son autónomos en su comunidad educativa, ellos definen qué, cómo y cuándo se implementan las políticas de entornos saludables, ellas las adaptan y priorizan según las necesidades de la comunidad, las condiciones culturales, socioeconómicas, geográficas, endémicas, entre otras pero con la limitante de no contar con la información contundente y sencilla que haga relevante el problema de salud pública.</p> <p>Es claro el poder que tiene los rectores cuyas decisiones juegan de manera adversa a la política pública y deja claro que el poder real de la</p>	<p>Canalizar de manera positiva el real poder de decisión de los rectores y equipos directivos para la implementación de la EPEVS en la comunidad educativa para desarrollar promover la salud desde la infancia y prevenir los actuales problemas de salud pública en Colombia.</p> <p>Promover el compromiso en los docentes y directivas, actores determinantes en la implementación y sostenibilidad de la estrategia.</p> <p>Asegurar el desarrollo de la EPEVS por varios años, motiva a las directivas y docentes a realizar la estrategia porque se muestra organización, sostenibilidad y no una actividad más del año escolar.</p> <p>Capacitar y motivar a los equipos directos y docentes sobre la promoción de un estilo de vida saludable, su importancia y beneficios para la salud de las personas y las comunidades en las que se desarrolla la estrategia con los estudiantes.</p>

<p>libre para no implementar. La Ley 115 de 1994 avala su autonomía.</p>	<p>política está centrado en los rectores y directivas de los colegios, convertidos ahora en el punto de convergencia entre los macro decisores y los agentes operadores. Situación interesante, pero preocupante ya que estos actores juegan un doble rol en la política pública, son decisores en sus comunidades educativas y agentes operadores del Estado, pero no hay ninguna acción reguladora que brinde orientación, información y acompañe su decisión.</p>	
--	---	--