

Documento técnico con los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica regular de la actividad física

ISBN: 978-958-57211-1-1

Ministerio de la Protección Social
Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre - COLDEPORTES.
Asociación Colombiana de Medicina del Deporte - AMEDCO.

Título de la obra: Documento técnico con los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica regular de la actividad física.

Nombre de los autores: Constanza Granados, Diana Rivera, Camilo Muñoz, Carolina Donado.

Cita sugerida:

Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre - COLDEPORTES. Hábitos y Estilos de Vida Saludable. Tomo 1. Documento técnico con los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica regular de la actividad física. 2011.

Diseño y Diagramación: William Eduardo Romero Jiménez

Diseño de Carátula: Imprenta Nacional

Impreso por: Imprenta Nacional

Año de publicación: 2011

Lugar y fecha de la edición: Bogotá

©(copy right) Reserva del derecho de autor



Libertad y Orden

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA
Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

LUIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ
Director General de Salud Pública





JAIRO CLOPATOFSKY GHISAYS

Director

JOHN JAIRO MORALES ALZATE

Secretario General

MARÍA CLAUDIA MUÑOZ ZAMBRANO

Subdirectora del Sistema Nacional y Proyectos Especiales

STEVE ADAMES BERNAL

Subdirector de Planeación y Apoyo Tecnológico

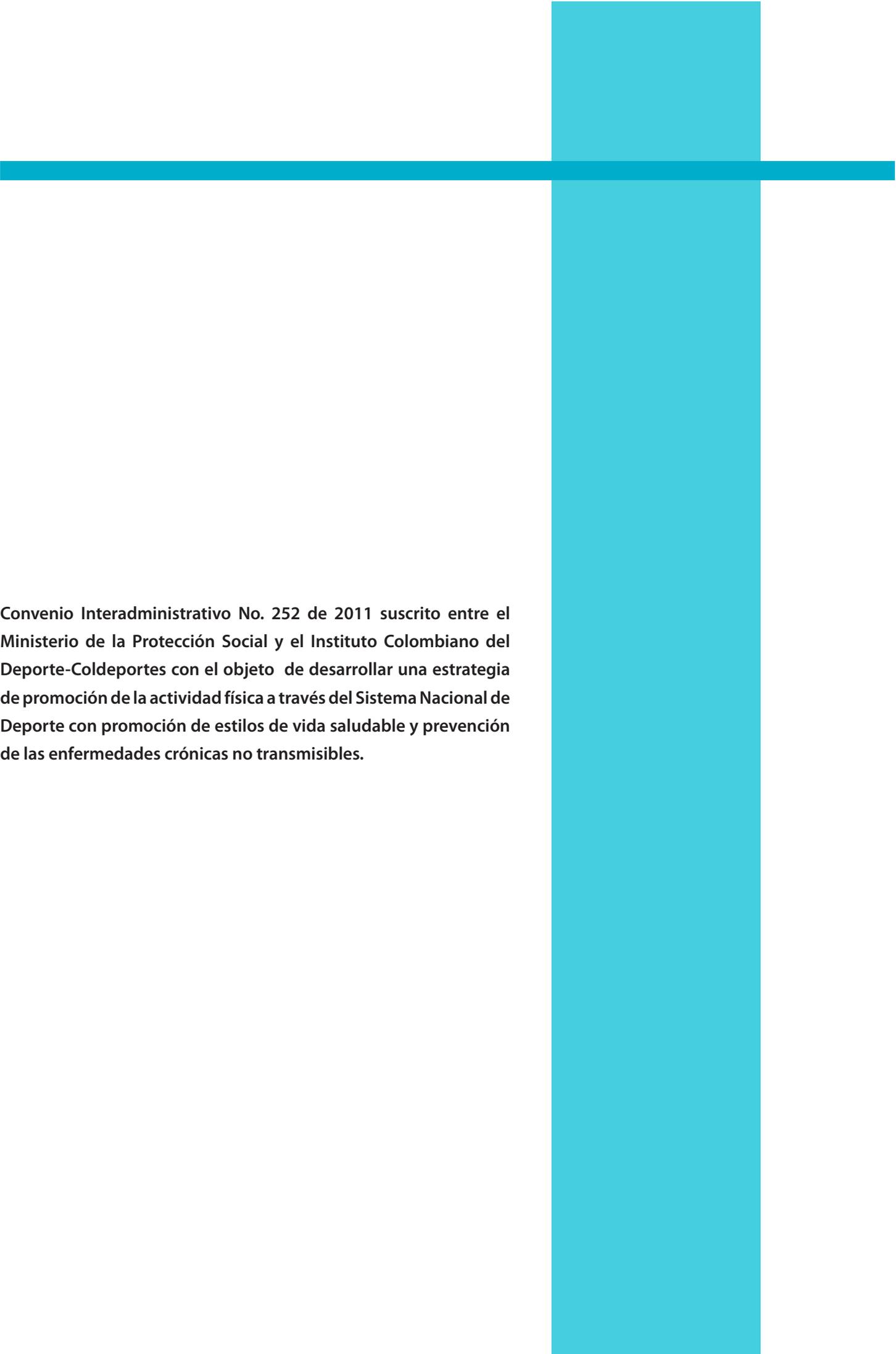
SANDRA LOZANO USECHE

Subdirectora Administrativa y Financiera

OSCAR DARÍO LOZANO ROJAS

Articulador de Hábitos y Estilos de Vida Saludable



A large teal graphic consisting of a vertical bar on the right side and a horizontal bar crossing it, forming a cross shape.

Convenio Interadministrativo No. 252 de 2011 suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano del Deporte-Coldeportes con el objeto de desarrollar una estrategia de promoción de la actividad física a través del Sistema Nacional de Deporte con promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

AUTORES

María Constanza Granados Mendoza

Psicóloga, Universidad Javeriana

Especialista en Resolución de Conflictos

Profesor Universidad Javeriana

Coordinadora Programa Universidad Saludable, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Coordinadora General de la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS)

Coordinadora de la Comisión 5 en la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS)

cgranado@javeriana.edu.co

Diana Rivera

Bacterióloga y Laboratorista Clínica, Universidad Católica de Manizales

Magister en Salud Pública, Infecciones y Salud del Trópico, Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de los Andes

Especialista en Desarrollo, Centro UNESCO de San Sebastián

Consultora en Análisis Legislativo y Político, Incidencia y Visibilidad Pública, diseño e Implementación de Estrategias de Social Networking y Mercado Social

Coordinadora Grupo Políticas, Legislación y Movilización Social

Instituto Nacional de Cancerología.

dianaeriverar@etb.net.co

Camilo Ernesto Muñoz Cabrera

Politólogo, Universidad Nacional

Maestría en Política Social (EC), Pontificia Universidad Javeriana

Coordinador e Investigador de la Fundación para la Protección de derechos con Unidad Legal Solidaria y Organizada - PULSO

Investigador Grupo Presidencialismo y Participación, Universidad Nacional

centauroun82@hotmail.com

Carolina Donado

Médico, Universidad de Los Andes

Rural en Investigación, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes

Coordinadora del Centro Regional de "Exercise Is Medicine" para América Latina

Coordinadora del Proyecto "Médicos Saludables=Pacientes Saludables"

caro.donado@gmail.com

COORDINADOR DE PROYECTO

John Duperly

Especialista en Medicina Interna

Doctorado en Ciencias del Deporte

Miembro Fundador Asociación Colombiana de Medicina del Deporte

Miembro Sociedad Colombiana de Cardiología, Asociación Colombiana de Nutrición Clínica y Asociación Colombiana de Medicina Interna.

Director del Centro Regional de "Exercise Is Medicine" para América Latina

Profesor Asociado Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Consejo Editorial revista Colombiana de Cardiología y Journal of Physical Activity & Health.

john.duperly@ama.com.co

EDICIÓN TÉCNICA:

Investigadoras Centro de Estudios e Investigación – CEIS. Fundación Santa Fe de Bogotá

Adriana Cristina Pulido Alvarez

Médico de la Universidad del Rosario en Bogotá.

Maestría en Salud Internacional del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, España.

Durante 6 años fue consultora para el Ministerio de la Protección Social en proyectos de Administración en Salud, Evaluación de Tecnologías en Salud y Salud Pública entre ellos el desarrollo de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia y la Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral. Fue coordinadora del Programa Así Vamos en Salud, observatorio de Salud en Colombia. Actualmente es Investigadora del CEIS de la FSFB.

Ligia Constanza Velásquez de Charry

Socióloga de la Pontificia Universidad Javeriana

Maestría en Epidemiología de la Universidad de Valle

Maestría en Administración de Webster University (Saint Louis MO, USA)

Consultora e Investigadora en Salud Pública (Plan Nacional de Rehabilitación PNR de la Presidencia de la República, Ministerio de Salud, ICBF, Fundación Colombiana para la Nutrición Infantil NUTRIR, Fundación FES, Fundación Antonio Restrepo y Centro de Gestión Hospitalaria.

Investigadora del Centro de Estudios e Investigación (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Diana Rocio Higuera Mendieta

Médica de la Universidad de los Andes en Bogotá, con opción en Gobierno

Trabajo en equipos técnicos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia y del Programa Así Vamos en Salud.

Actualmente se desempeña como Investigadora del CEIS de la FSFB.

AGRADECIMIENTOS

El Ministerio de la Protección Social, el Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre – COLDEPORTES, y la Asociación Colombiana de Medicina del Deporte agradecen sinceramente a todas las personas que realizaron aportes al desarrollo del presente documento técnico, en especial al grupo de trabajo del Programa Nacional de Hábitos y al grupo de trabajo del Ministerio de la Protección Social, quienes nos acompañaron en el proceso de desarrollo y capacitaciones del documento.

Agradecemos los aportes realizados por todos los expertos, sociedades científicas, instituciones públicas, instituciones educativas y al Sistema Nacional del Deporte que participaron en el proceso de validación de estos documentos.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL DEPORTE, LA RECREACIÓN, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE – COLDEPORTES

OSCAR DARÍO LOZANO ROJAS

*Coordinador del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable
Subdirección Técnica del Sistema Nacional y Proyectos Especiales*

ADRIANA ALMANZA CASTAÑEDA

*Grupo del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable
Subdirección Técnica del Sistema Nacional y Proyectos Especiales*

GISELA GÓMEZ ZÁRATE

*Grupo del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable
Subdirección Técnica del Sistema Nacional y Proyectos Especiales*

NUBIA RUÍZ GÓMEZ

Asesor del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable

EDGAR ESTUPIÑÁN

Asesor del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable

MILDREY MESA GALLEGÓ

Asesor del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FERNANDO RAMÍREZ CAMPOS

Asesor Viceministerio de Salud y Bienestar

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ

Profesional Especializado

Grupo de Estilos de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas no transmisibles

Dirección General de Salud Pública

GUSTAVO TOVAR

Médico Deportólogo

Contratista Grupo de Estilos de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas no transmisibles

LUZ ÁNGELA OCHOA CUBILLOS

Profesional Universitario

Grupo de Estilos de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas no transmisibles

Dirección General de Salud Pública

PRESENTACIÓN



Los comportamientos que se alejan de los hábitos y estilos de vida saludable, como los son la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco, constituyen la causa principal de enfermedades crónicas no transmisibles tales como: la hipertensión, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la obesidad, la diabetes tipo 2 y el cáncer, entre otras. Estas enfermedades en países de medianos y bajos ingresos, imponen una carga de morbi-mortalidad de cerca del 80%, afectando seriamente la estabilidad económica de estos países.

En los últimos años, se ha aumentado la evidencia científica, alrededor del tema de hábitos de vida saludable y la prevención de enfermedades crónicas. Este crecimiento de investigaciones justifica la necesidad que tienen las sociedades de generar cambios comportamentales en los hábitos de vida, con el fin de mejorar el bienestar y calidad de vida a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre -COLDEPORTES- consciente del problema de salud pública que representa la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco en la población colombiana, y la carga que esto representa a nivel social, cultural, educativo, psicológico, ambiental y económico, da respuesta a los llamados nacionales e internacionales de generar estrategias intersectoriales que conduzcan a cambios comportamentales relacionados con un estilo de vida más saludable, por ello se firma un Convenio Interadministrativo con el Ministerio de la Protección Social, con el objeto de desarrollar una estrategia conjunta de promoción de la actividad física a través del Sistema Nacional del Deporte con promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Por todo lo anterior, se contrata a un selecto grupo de expertos que representan diferentes sectores de la academia para elaborar este "Documento técnico con los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica regular de la actividad física" que busca brindar al país, en especial a los departamentos y municipios, lineamientos de trabajo que reúnen estrategias y experiencias exitosas nacionales e internacionales que permitan en forma práctica y sencilla implementar intervenciones en los Ámbitos Educativo, Laboral, Social y Comunitario en busca de la salud y el bienestar de todos los colombianos.

Esperamos que las recomendaciones y estrategias descritas en este documento, brinden orientaciones valiosas a los programas existentes o en proceso de implementación en cada uno de los departamentos y municipios del país, estimulando la creatividad de todos los actores sociales en la definición de acciones apropiadas a las condiciones territoriales.

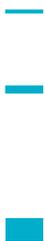
JAIRO CLOPATOFSKY GHISAYS
Director Coldeportes



TABLA DE CONTENIDO

Página

AUTORES	VII
AGRADECIMIENTOS	X
PRESENTACION DE COLDEPORTES	XII
INTRODUCCIÓN	7
MÓDULO 1. EL PROBLEMA	11
MÓDULO 2: LA REGULACIÓN Y LAS POLÍTICAS	17
MÓDULO 3. EL PROGRAMA	35
MÓDULO 4. GESTIÓN DEL PROGRAMA EN LOS DEPARTAMENTOS	41
MÓDULO 5. GESTIÓN DEL PROGRAMA EN LOS MUNICIPIOS	54
MÓDULO 6. EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EXITOSAS	79
ANEXO 1: COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO	115
ANEXO 2: FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO PLANTEADO POR LOS GESTORES Y/O MONITORES	123
ANEXO 3: INSTRUMENTOS PARA MEDIR ACTIVIDAD FÍSICA, ESTADO NUTRICIONAL Y CONSUMO DE TABACO	130
ANEXO 4: EJEMPLOS DE ENCUESTAS UTILIZADAS A NIVEL NACIONAL	134



INTRODUCCIÓN

Los hábitos de vida saludable, específicamente la realización periódica de actividad física, el consumo de frutas y verduras y de una dieta balanceada, y el control del consumo de tabaco, reducen hasta un 80% el riesgo de tener Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT). Estas enfermedades, actualmente son las responsables del 60% todas las muertes a nivel mundial, y un 80% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios como Colombia.

Las ECNT son de larga duración y de progresión lenta. Más del 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo II y más de un tercio de los cánceres pueden ser prevenidos eliminando los factores de riesgo que estas enfermedades comparten como el consumo de tabaco, los malos hábitos alimentarios y la inactividad física, todos ellos prevenibles.

Dentro de las consecuencias económicas de las ECNT, se estima que las pérdidas por ECNT en los países de ingresos bajos y medios ascenderán a los US\$7 trillones para el periodo de 2011-2025 (en promedio cerca de US\$500 billones por año). En contraste, estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estos mismos países, indican que el costo de intervenciones poblacionales para reducir la inactividad física, la alimentación poco saludable y el consumo de alcohol y productos del tabaco, corresponden a US\$ 2 billones por año es decir un costo de aproximadamente US\$ 0,40 por persona. Adicionalmente, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) y la OMS estimaron en el año 2001 que por cada dólar invertido en planes de promoción de la salud que incluyan actividad física y alimentación saludable, se disminuye 3,2 dólares los gastos en salud.

Por lo anterior, la OMS incita de manera urgente a todos los países a invertir en la prevención de ECNT como parte integral del desarrollo socioeconómico sostenible. Es así como recomienda el fortalecimiento de las estrategias que propendan por la reducción del grado de exposición de las personas a los factores de riesgo modificables comunes a las ECNT (inactividad física, alimentación poco saludable, el consumo de alcohol y tabaco). Fue así como se construyó el “Plan de acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de Enfermedades No Transmisibles 2008-2013” en donde se enfatiza en la necesidad apremiante de invertir en la prevención de estas enfermedades como parte integral del desarrollo socioeconómico sostenible de los países.

En respuesta a este compromiso, desde el 2008, enmarcado en las acciones intersectoriales que designaba el Decreto 2771 del mismo año, Coldeportes en conjunto con los Ministerios de Protección Social, Educación y Cultura, ha venido trabajando en la promoción de la Actividad Física que hasta el 2010 fue fomentada desde el área de la recreación. A partir del 2011, con la creación

de la Línea de acción en Hábitos y Estilos de Vida Saludable en Coldeportes y mediante el convenio interinstitucional 252 suscrito con el Ministerio de la Protección Social cuyo objetivo es desarrollar una estrategia de promoción de la actividad física a través de la red nacional de deporte con promoción de estilo de vida saludables y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, Coldeportes se convierte así en una de las instituciones líderes para el fomento de estas actividades.

En este contexto, y en el marco del convenio interinstitucional 252 de 2011 entre las instituciones antes mencionadas, Coldeportes realiza una contratación con la Asociación de Medicina del Deporte de Colombia – AMEDCO, con el fin de elaborar dos documentos. **El primero**, sobre los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco, a través de la práctica regular de la actividad física. **Y el segundo**, un documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales.

El objetivo de este primer documento (Tomo 1) es brindar herramientas para la gestión y apropiación de programas en los niveles departamentales y municipales encaminados a la promoción de hábitos de vida saludable. Este documento está dividido en seis módulos en los que de manera independiente se tratarán distintas herramientas necesarias para la gestión y apropiación de estos programas y proyectos.

En el primer módulo, encontrará toda la información referente al problema de salud que se pretende abordar y algunas definiciones útiles. En el segundo módulo, podrá encontrar el marco legal en el que se moverán los eventuales proyectos para la promoción de hábitos y estilos de vida saludable.

Posteriormente, el módulo tres, le proporcionará información sobre la estrategia diseñada por Coldeportes a nivel nacional para la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, hará especial énfasis en los actores del programa y los ámbitos en el que este se mueve. En el cuarto módulo, se expondrán distintos elementos para la gestión del programa en los departamentos. En el quinto, encontrará los principales conceptos para llevar a cabo un proyecto a nivel departamental, partiendo desde la fase de diagnóstico hasta la fase de evaluación. Y finalmente, en el módulo seis, encontrará algunas intervenciones que en conjunto con las lecturas recomendadas podrán servir de ejemplo para el planteamiento, implementación, monitorización y/o evaluación de programas y proyectos para la promoción de hábitos y estilos de vida saludable.

Cada módulo comprende una compilación de planteamientos sobre el tema propuesto proveniente de varios textos, por lo cual viene acompañado de una serie de lecturas recomendadas que permitirán al lector ampliar su información respecto a los diferentes temas desarrollados. Los anexos, contienen información de temas transversales a la gestión del problema en cualquiera de los ámbitos territoriales.

La voluntad política del gobierno ha permitido convocar a un selecto grupo de expertos para orientar la prevención de las enfermedades crónicas a través de estos documentos. Los profesionales invitados representan diferentes sectores de la academia y el pensamiento científico actual y han plasmado con gran entusiasmo y motivación, sus conocimientos, criterio y experiencia, basados en revisiones de la literatura mundial sobre estos temas.

Este trabajo no pretende ser un paradigma rígido ni un documento final en la búsqueda de herramientas y estrategias que permitan prevenir la enfermedad, es claro que no son verdades absolutas, ni pretenden ser la respuesta única a los grandes retos de la prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), vale la pena aclarar que no abarcan la totalidad de las preguntas de investigación necesarias para avanzar en este proceso. Por el contrario, estos documentos pretenden ser puntos de partida basados en la evidencia para hacer que los políticos, tomadores de decisiones y la población en general promuevan los hábitos de vida saludable. Estas guías pueden ser usadas por todos los interesados para comunicar un mensaje claro y consistente acerca de las recomendaciones en hábitos de vida para el mantenimiento y mejoramiento de la salud. Estos documentos tienen el potencial para convertirse en las herramientas de comunicación entre científicos, profesionales de la salud, periodistas, grupos interesados y el público en general. También pueden ser utilizados como puntos de referencia para el monitoreo y la vigilancia en salud pública y pueden ser el soporte del desarrollo de políticas en salud pública.

El grupo de expertos asume la responsabilidad de permitir el dialogo y el cuestionamiento continuo por parte de otros grupos de la sociedad, en especial de los actores de este proceso: gestores, monitores, profesionales de la salud, el deporte y la educación y de todos aquellos ciudadanos comprometidos con la construcción de una sociedad más sana.

La mayor motivación para todo el grupo de trabajo es ser testigos de un complejo y desafiante proceso de cambio en nuestra sociedad, inundada de presiones comerciales e intereses particulares, hacia una Colombia más saludable, más responsable en el comportamiento individual y comunitario con el fin de reducir significativamente la dolorosa carga de las enfermedades crónicas. Este documento pretende proporcionar a los encargados de implementar programas y proyectos encaminados a la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y el control del consumo de tabaco, las herramientas necesarias para lograr cambios permanentes con impacto en prevención y disminución de la carga de las ECNT a nivel departamental y municipal en Colombia.



MÓDULO 1. EL PROBLEMA

Situación de salud

Actualmente Colombia hace parte de los países en donde co-existen problemas de salud derivados de enfermedades infecciosas, típicamente reconocidos de países en vías de desarrollo como la malaria, el dengue, la enfermedad diarreica aguda con enfermedades ocasionadas por estilos de vida no sanos propios de países desarrollados. Es así como en los últimos años se ha visto un incremento en la presencia de factores de riesgo provenientes del comportamiento de las personas tales como inactividad física, malos hábitos alimentarios y consumo de tabaco, así como de los factores de riesgo biológicos como el colesterol alto, la hipertensión arterial, el sobrepeso, la obesidad y la intolerancia a los carbohidratos; los que, en conjunto, han generado un aumento en el número de casos de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la enfermedad cardíaca, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la enfermedad respiratoria crónica y la diabetes; las que a su vez aumentan la mortalidad o deterioran la calidad de vida de las personas.

El Banco Mundial estima que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad atribuida a las principales enfermedades no transmisibles explican actualmente alrededor del 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial; cifras que se prevé aumentarán al 73% y al 60% respectivamente, antes de 2020. Adicionalmente, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 66% de las defunciones atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en los países de ingreso medio. En Colombia, el estudio de carga de la enfermedad realizado por la Universidad Javeriana y el Ministerio de la Protección Social (MPS) en el 2008 estimó que a las ECNT se les puede atribuir el 76% de los años de vida perdidos debido a discapacidad o muerte y que de este porcentaje, el 84% corresponde a discapacidad. Es decir que las ECNT, constituyen un grave problema de salud que genera altos niveles de discapacidad y por lo tanto tienen un gran impacto no solo en la calidad de vida de los colombianos, sino en el crecimiento económico del país.

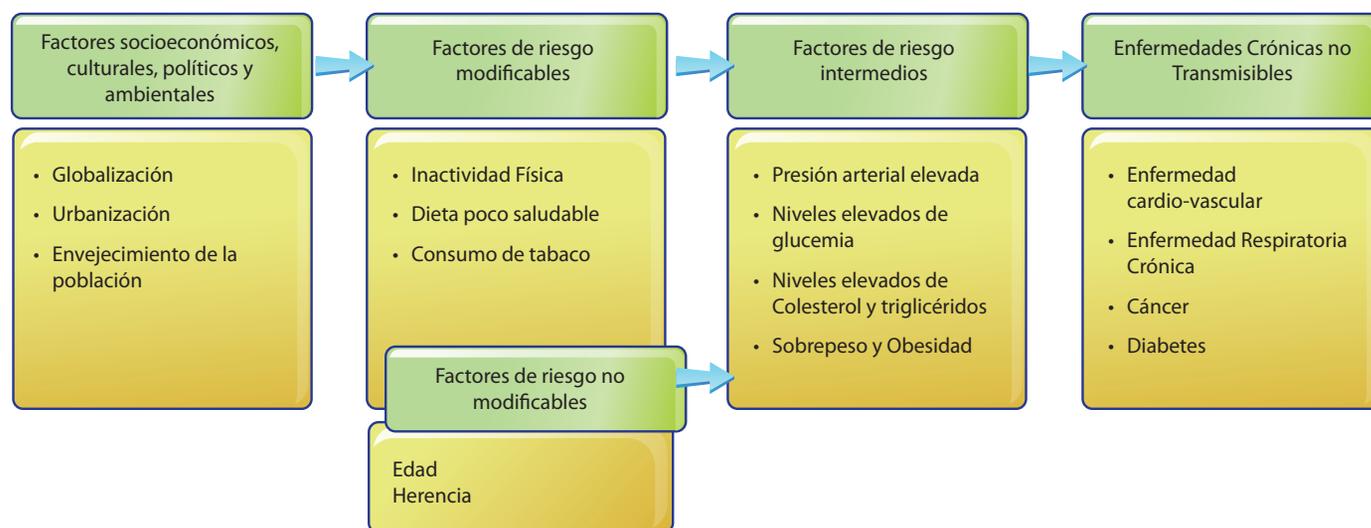
Durante las últimas décadas en el mundo se ha dado un crecimiento exponencial en la producción y recopilación de documentos científicos, artículos y acercamientos académicos alrededor de la relación entre los hábitos de vida saludables y la prevención del desarrollo de ECNT; lo que muestra la importancia de este asunto y resalta la necesidad de que las sociedades generen cambios en los hábitos de vida de la población con el fin último de mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades.

Así mismo, las ECNT imponen una carga de enfermedad de cerca del 80% en los países de medianos y bajo ingresos que afecta seriamente su estabilidad económica, razón por la que es importante resaltar el impacto que los hábitos de vida saludables, como la práctica regular de actividad física, la alimentación saludable y el control del consumo de tabaco, tienen sobre la prevención y control de estas enfermedades. Sin embargo, de nada sirve contar con esta información si no somos capaces de ejecutar acciones efectivas para que desde la sociedad y las políticas se impulsen intervenciones que beneficien tanto a las comunidades como a los individuos, en términos de obtener una vida saludable y una buena calidad de vida.

Factores de riesgo

Se han caracterizado factores de riesgo compartidos entre todas las ECNT, que se pueden clasificar en dos grupos: factores de riesgo comunes y factores de riesgo intermedios. Los primeros a su vez se dividen en dos grupos: los prevenibles y los no prevenibles (Figura 1). En este documento hablaremos de los factores de riesgo comunes modificables como son la inactividad física, las dietas poco saludables y el consumo de tabaco.

Figura 1. Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles



Adaptado de: WHO. (2005). World Health Report - Preventing Chronic Diseases: A vital investment. World Health Organization, Ginebra.

En Colombia, la información disponible sobre el comportamiento de estos factores de riesgo proviene de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional –ENSIN 2010 y del Estudio de Sustancias Psicoactivas del 2009; que realizan una aproximación a estos factores y evidencian la magnitud del problema relacionado con la inactividad física, las actividades sedentarias, el sobrepeso y obesidad, el bajo consumo de frutas y verduras y el consumo de tabaco. Estos resultados implican una necesidad en el desarrollo de acciones para la promoción de los estilos de vida saludable de los colombianos.

i. Inactividad física

La ENSIN 2010, midió en los adultos, el grado de cumplimiento de las recomendaciones mundiales de actividad física estipuladas por la Organización Mundial de la Salud y en los niños y adolescentes el tiempo dedicado a ver televisión y jugar con videojuegos, actividades consideradas como sedentarias.

Para el 2010, solamente el 53,5% de los adultos colombianos de 18 a 64 años cumple con las recomendaciones de Actividad Física (AF), las cuales son realizar por lo menos 150 minutos a la semana de AF a intensidad moderada. Con relación a la Actividad Física en el tiempo libre y como medio de transporte, una de cada 5 personas cumple con las recomendaciones, una de cada 3 cumple las recomendaciones de AF caminando como medio de transporte y una de cada 18 personas cumple con las recomendaciones de AF montando bicicleta como medio de transporte. Es de resaltar que la menor prevalencia de cumplir con las recomendaciones de AF se asocia con factores de vulnerabilidad e inequidad. Por ejemplo, las mujeres son quienes realizan menos AF al igual que las personas de nivel socioeconómico más bajo. Adicionalmente, al revisar la tendencia en 5 años se observa como la AF en tiempo libre, que está asociada a mejor calidad de vida, muestra una disminución significativa y que el aumento en el cumplimiento de las recomendaciones estuvo a expensas de la AF como medio de transporte.

Sobre este asunto, la creciente dependencia de los automóviles como causa y consecuencia de la urbanización, se asocia a un mayor peso corporal, obesidad y enfermedades crónicas asociadas. Además, el hacinamiento en la ciudad y un resurgimiento de la vida urbana hace difícil encontrar espacios verdes especialmente para los ancianos y los niños y por ende lugares propicios para realizar actividad física para estas personas.

El transporte en bicicleta y a pie ha sido marginado en la toma de decisiones de la planificación de modelos de transporte lo que se refleja en la baja proporción de la inversión, donde menos del 10% de esta se destina a la infraestructura para promover estos medios de transporte, en comparación con alrededor del 65% invertido en carreteras y un 25% en el transporte público. De otra parte, los accidentes de tránsito y las muertes resultantes de la alta velocidad vehicular, el

flujo de tráfico pesado y la falta de carriles separados, pistas, caminos, aceras y áreas protegidas para desplazarse a pie o en bicicleta, son las principales razones para que la gente que reside en las ciudades prefiera no usar este medio de transporte, particularmente los niños y las personas mayores, contribuyendo así a la inactividad física en estas poblaciones particularmente vulnerables.

Ahora bien, con relación al sedentarismo de niños y adolescentes, los datos muestran que, para el 2010, el 62% ven televisión o juegan con videojuegos por un tiempo superior al recomendado por la Academia Americana de Pediatría (no más de dos horas). Es así como entre los niños de 5 a 12 años, se estimó 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. Esta situación es preocupante, teniendo en cuenta que el tiempo dedicado a ver televisión y jugar con videojuegos está asociado a menos tiempo dedicado a realizar AF, al sobrepeso y la obesidad, a un mayor consumo de bebidas gaseosas y dulces, y a comportamientos violentos.

En consecuencia, se hace necesario implementar políticas y estrategias que promuevan la AF para así disminuir la prevalencia de las actividades sedentarias.

ii. Alimentación poco saludable

La alimentación poco saludable no solo hace referencia al consumo excesivo de alimentos ricos en grasas y azúcares sino también al bajo consumo de frutas y verduras. Es por esta razón que una de las estrategias para combatir las ECNT es la promoción del consumo de frutas y verduras en la población. Al respecto, la ENSIN 2010, proporciona información sobre los hábitos alimentarios de la población colombiana y allí se evidencia que la situación es bastante alarmante.

El 60,8% de los colombianos entre 5 y 64 años consume frutas diariamente y únicamente el 10% consume verduras y hortalizas, con un consumo menor en las áreas rurales, en los niveles de Sisbén 1. Esta información es preocupante si se tiene en cuenta que el 36,6% de los colombianos de esta edad consume golosinas y dulces diariamente, que el 69,6% de la población consume alimentos de paquete y que el 50% consume alimentos de comida rápida de manera regular.

Es entonces fundamental, que se tomen las medidas respectivas para el fomento de una alimentación más saludable haciendo énfasis en el consumo de frutas y verduras, para ayudar a lograr y mantener un peso adecuado, los últimos estudios muestran que uno de cada dos colombianos presenta exceso de peso.

iii. Consumo de tabaco

El consumo de tabaco representa un grave problema mundial de salud pública ya que constituye la principal causa de mortalidad prematura y evitable. El tabaco

mata hoy a 1 de cada 10 adultos en todo el mundo y para el año 2030, o quizás un poco antes, la proporción será de 1 de cada 6 adultos, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales, cifra superior a la debida a cualquier otra causa. Este año más de 5 millones de personas morirán por ataque cardíaco, accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares u otras enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En ese número no están incluidas las más de 600000 personas, de las que más de una cuarta parte serán niños, que morirán por haber estado expuestos al humo de tabaco ajeno. Para el año 2020, se estima que 7 de cada 10 muertes causadas por el tabaco ocurrirán en los países de ingreso medio y bajo, a expensas, fundamentalmente, del aumento del consumo en los sectores más pobres del planeta.

En América Latina el número de casos global de tabaquismo es de 31% en la población total, lo que corresponde a 160 millones de fumadores. En Colombia, de acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el 2008, aproximadamente el 45% de la población ha fumado cigarrillo alguna vez, el 17% de los encuestados fumaba en el momento del estudio, la edad promedio de inicio del consumo es 17 años siendo los jóvenes de 18 a 24 años quienes más incurren en este comportamiento. Adicionalmente, los departamentos con mayor prevalencia de tabaquismo son Nariño, Caldas, Bogotá, Cundinamarca y Quindío. Y los estratos socioeconómicos 5 y 6 son los que presentan una prevalencia mayor de este consumo en comparación con los demás estratos. En Bogotá, estudios independientes, realizados en los años 2001 y 2007 en estudiantes escolarizados de 13 a 15 años muestran que no hubo diferencias en el uso experimental de cigarrillo entre ambas encuestas: en 2001, 69,1% de los jóvenes de colegios oficiales habían probado alguna vez el cigarrillo, porcentaje que en 2007 fue de 61,7%.

Es importante reconocer que la mayoría de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco aparecen durante la vida adulta y que, por ello, los adolescentes no se identifican demasiado cuando se les habla de los perjuicios del consumo de tabaco en la salud. Sin embargo, el consumo de tabaco afecta la salud del fumador desde el momento en que este comienza a fumar. La evidencia científica demuestra que los fumadores tienen más riesgo de morir que los no fumadores. Adicionalmente, también se ha demostrado que los no fumadores respiran involuntariamente el humo de tabaco y quienes están en contacto con el humo de tercera mano tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades que las personas no expuestas al humo de tabaco.

Usted encontrará información adicional sobre definiciones o aclaración de conceptos tales como enfermedades crónicas no transmisibles, actividad física, alimentación poco saludable y consumo de tabaco en el Tomo 2. Lo invitamos a consultarlo.

Lecturas Recomendadas

1. Banco Mundial & Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Curbing the Epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, D.C.: The World Bank.
2. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2010). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 - ENSIN*. Bogotá.
3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2005). *La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005 (Primera Edición ed.)*. Bogotá.
4. Ministerio de la Protección Social (MPS) & la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. Bogotá.
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay. (2011). *Día mundial sin tabaco 2011*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay, Programa Nacional de Control del Tabaquismo. Asunción: Programa nacional de control del tabaquismo.
6. Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Tabaco: lo que todos debemos saber*. Washington, D.C.: OPS.
7. Peto, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 52, 12-21.
8. Pontificia Universidad Javeriana & Cendex. (2008). *Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados*. Bogotá.
9. US Public Health Service. (2000). *Treating tobacco use and dependence: A clinical practice guideline*. *JAMA* (283), 3244-3254.
10. World Health Organization. (2007). *Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*.
11. World Health Organization. (2005). *World Health Report - Preventing Chronic Diseases: A vital investment*. World Health Organization, Ginebra.
12. Pardo, Constanza & Piñeros, Marion. (2010). Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, 2007*. *Biomédica*, Diciembre-Sin mes, 509-518.

MÓDULO 2. LA REGULACIÓN Y LAS POLÍTICAS

Este módulo describe los convenios y acuerdos internacionales relacionados con la promoción de hábitos y estilos de vida saludable. Así mismo incluye la legislación colombiana relacionada con los tres temas alrededor de los que gira el programa nacional de hábitos y estilos de vida saludable: actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco, y por último enumera los apartes del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 que tratan estos temas.

Convenios y acuerdos internacionales:

Colombia, como país miembro de las Naciones Unidas, está comprometido a acoger las recomendaciones de las diferentes conferencias internacionales sobre la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), tal como lo ratifican el Director de Coldeportes, el Ministro de Cultura, el Ministro de Educación y el Ministro de la Protección Social; en la Agenda Interministerial para el desarrollo de estrategias de promoción de actividad física, firmada el 07 de septiembre de 2009. Estas recomendaciones, que provienen principalmente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se plasman en este módulo en aras de que gestores, monitores y demás instituciones involucradas en el desarrollo del programa nacional de hábitos y estilos de vida saludables puedan consultarlas y usarlas como elementos de gestión en sus municipios y departamentos.

La OMS estimula de manera urgente a todos los países a invertir en la prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles – ECNT como parte integral del desarrollo socioeconómico sostenible. Específicamente la OMS convocó a más de 193 países en el mundo, incluyendo Colombia, para hacerle frente a esta problemática y recomendó fortalecer las estrategias que propendan por la reducción del grado de exposición de las personas a los factores de riesgo modificables comunes a las ECNT.

Fue así como se construyó el “Plan de acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de Enfermedades No Transmisibles 2008-2013” con el cual la OMS hizo un llamado a toda la comunidad mundial para que se le suministre el apoyo a la implementación de programas de promoción de la salud en todos los ciclos vitales que incidan en la reducción de la carga de mortalidad prematura y la discapacidad, unidos al desarrollo de programas de auto-cuidado y el análisis costo-efectivo de los mismos.

Como antecedentes importantes, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en el año 2002, se concluyó que la evolución de las tendencias demográficas y principalmente el aumento de los factores de riesgo relacionados con las ECNT son las principales causas del incremento en la prevalencia de las mismas.

En ese mismo año, la Organización Panamericana de la Salud en su **26ª Conferencia Sanitaria Panamericana**, reconoció que las enfermedades crónicas son la causa principal de muerte prematura y mortalidad en América Latina y el Caribe. En este contexto, dicho consenso regional recomendó varias líneas básicas de acción: la primera considerar la vigilancia epidemiológica para las enfermedades crónicas como un componente fundamental; la segunda aceptar la necesidad de reorientar los sistemas de salud a fin de que respondan a las nuevas necesidades de las personas que sufren ECNT; la tercera darle la debida importancia a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en cualquier sistema de salud.

Posteriormente, en la **57ª Asamblea Mundial de la Salud** realizada en el año 2005, se reconoció que la carga de las ECNT es cada vez mayor a nivel mundial; por lo cual, los estados miembros de la OMS pidieron se elaborara y promoviera la **Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud**. Esta estrategia se desarrolló con un amplio proceso de consulta que incluyó organizaciones científicas a nivel mundial y representantes de la sociedad civil y del sector privado, y se generaron lineamientos que orientan la creación de entornos favorables para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial que den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una inadecuada alimentación y a la inactividad física. Las acciones descritas en la estrategia contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y al cumplimiento de las metas de los países en materia de salud pública.

Específicamente, las intervenciones que recomienda el **Plan de acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de Enfermedades No Transmisibles 2008-2013** son las siguientes. En el tomo 2 se dan ejemplos de intervenciones que tienen evidencia científica acerca de sus beneficios y pueden ser utilizados como herramientas para cumplir con estas recomendaciones.

Promoción de la actividad física

Implementar las acciones recomendadas, pero no limitadas a estas, en la estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud, para:

- A. Desarrollar e implementar guías nacionales en actividad física para la salud.
- B. Implementar programas en ambientes escolares, en línea con la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud para la promoción de la salud en las escuelas.
- C. Garantizar que los ambientes físicos faciliten el tránsito seguro entre el trabajo y el lugar de residencia y que existan espacio para actividades recreativas mediante lo siguiente:
 - Garantizar que actividades físicas como caminar y montar en bicicleta sean accesibles y seguras para todos.

-
-
- Establecer políticas para los medios de transporte que promuevan métodos activos y seguros para viajar del hogar hacia los centros educativos y los lugares de trabajo como caminar y montar en bicicleta.
 - Mejorar las instalaciones para el deporte, la recreación y el uso adecuado del tiempo libre.
 - Aumentar el número de lugares seguros disponibles para juegos activos.

Promoción de la alimentación saludable

Implementar las acciones recomendadas, pero no limitadas a estas, en la estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud, para:

- A. Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y promocionar programas para garantizar la alimentación óptima para infantes y escolares.
- B. Desarrollar políticas nacionales y planes de acción en alimentación y nutrición con énfasis en las prioridades de nutrición nacionales incluyendo el control de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta.
- C. Establecer e implementar guías de alimentación y nutrición, y apoyar la composición saludable de los alimentos mediante:
 - La reducción de niveles de sal.
 - Eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial
 - Disminuir las grasas saturadas.
 - Limitar los azúcares libres.
- D. Proveer información precisa y balanceada para los consumidores para permitirles tomar decisiones sobre la alimentación bien informada y saludable.
- E. Preparar y establecer con todos los actores relevantes un marco de acción y los mecanismos para promocionar el mercadeo responsable de alimentos y bebidas no alcohólicas para los niños, para de esta forma reducir el impacto de las comidas ricas en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal.

Control del consumo de tabaco

Considerar la implementación del siguiente grupo de seis intervenciones de política costo efectivas (MPOWER), que se construyen en las medidas para la reducción de la demanda contenidas en el marco de acción de la OMS para el control del tabaco:

- A. Monitorizar el uso del tabaco y de las políticas para la prevención de su consumo.
- B. Proteger a las personas del humo del tabaco en lugares públicos y en el lugar de trabajo.
- C. Ofrecer ayuda a las personas que quieran dejar de consumir tabaco.
- D. Advertir a las personas sobre los peligros del tabaco.
- E. Establecer prohibiciones en la publicidad de tabaco, promoción y patrocinio.
- F. Aumentar los precios y los impuestos al tabaco.

Reforzando lo anteriormente expuesto, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó la Reunión de Alto Nivel para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en septiembre de 2011 y adoptó por consenso la resolución titulada, **Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles** que reconoce que las enfermedades no transmisibles constituyen unos de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, y resalta la amenaza que esto genera para la economía de los países. A su vez se insiste en la responsabilidad que recae en los gobiernos y la cooperación internacional en el reto de hacer frente al desarrollo de las ECNT. Adicionalmente se citan como estrategias de intervención para responder ante esta epidemia la importancia de:

1. Desarrollar estrategias de prevención, ya que las ECNT pueden controlarse en gran medida con una acción colectiva y multisectorial de todos los Estados y otras partes interesadas a nivel local, nacional, regional y mundial.
2. Reducir los factores de riesgo y crear entornos que promuevan la salud por medio de la ejecución de intervenciones multisectoriales eficaces, en función de los costos en beneficio de toda la población para reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las ECNT.
3. Reforzar en las políticas y sistemas de salud nacionales la atención primaria de la salud, proporcionar respuestas eficaces, sostenibles y coordinadas, servicios esenciales basados en datos empíricos, eficaces en función de los costos, equitativos e integrados para encarar los factores de riesgo de contraer ECNT.
4. Cooperación internacional, incluidas las alianzas para el intercambio de información sobre prácticas óptimas en las esferas de la promoción de la

salud, la legislación, la reglamentación, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la formación de personal de salud, el desarrollo de infraestructuras apropiadas de atención de la salud, los diagnósticos, la promoción del desarrollo, la difusión de transferencias apropiadas, asequibles y sostenibles de tecnología con arreglo a términos mutuamente convenidos.

5. Inversión nacional e internacional para fortalecer la capacidad nacional para desplegar de manera sostenible y económica actividades de investigación y desarrollo de alta calidad sobre todos los aspectos relacionados con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
6. Supervisión y evaluación, en particular mediante encuestas integradas en los sistemas nacionales de información sobre la salud ya existentes, incluyendo periódicamente datos sobre la exposición a factores de riesgo, los resultados obtenidos, los determinantes sociales y económicos de la salud y la respuesta que brindan los sistemas de salud, reconociendo que esos sistemas son de importancia crítica para hacer frente a las enfermedades no transmisibles.

Es así como vemos que tanto las instituciones nacionales como las organizaciones internacionales de salud coinciden en los siguientes postulados:

- Una política nacional y un plan de acción ofrecen dirección, soporte y coordinación a los sectores involucrados. Ayuda también a enfocar la dirección de los recursos.
- Un modelo de acción constituye un indicador significativo de compromiso político. Sin embargo, la ausencia de una política nacional no debiera retardar los esfuerzos de la nación, departamentos o municipios, para mejorar los niveles de actividad física en sus jurisdicciones.
- Se requiere un marco de políticas de apoyo y un marco regulatorio para lograr cambios sostenibles en el gobierno y la sociedad. Son necesarias políticas de apoyo para la actividad física para la salud a nivel nacional, regional y local.

Para la mayoría de los países, las medidas para promover los hábitos de vida saludables necesitan prioridades para reorientarlas a favor de la salud. Estas medidas pueden brindar múltiples beneficios dentro de los que se incluyen: mejores niveles de salud, limpieza del medio ambiente, disminución de la congestión vehicular y de transporte, optimización de los recursos y una mayor cohesión social.

En Colombia se han adelantado los pasos hacia la formulación de políticas nacionales para el control de enfermedades no transmisibles y un plan de acción con recursos asignados mediante el convenio entre el Ministerio de la Protección Social y Coldeportes para adelantar intervenciones específicas en actividad física, promoción de una alimentación saludable y el control del consumo del tabaco.

Teniendo como referencia los conceptos contenidos en el tomo 2 de este documento, en cuanto a las definiciones, tendencias, beneficios, recomendaciones internacionales y evidencia científica de intervenciones que han sido exitosas, esperamos que tanto los gestores, como los tomadores de decisiones y la comunidad en general puedan ampliar su conocimiento y ayudar a establecer prioridades para la inversión en sus comunidades, de acuerdo a sus contextos sociales específicos y a sus necesidades inmediatas.

Marco legal colombiano

Las políticas de salud pública alrededor de la promoción de hábitos de vida saludables son de gran importancia para el desarrollo de comunidades más saludables, no solo en lo que a hábitos se refiere sino en el papel que estas juegan en relación con el medio ambiente en el que se desenvuelve la población. Es así como en países donde se ha logrado disminuir la inactividad física, la alimentación poco saludable y el consumo de tabaco, los programas de salud han comenzado a centrarse en cómo el medio ambiente influye en crear oportunidades y eliminar las barreras para la promoción de hábitos de vida saludable.

A continuación se describe, iniciando por la Constitución, las principales normas relacionadas con la promoción de la actividad física, nutrición y control del consumo de tabaco.

Constitución Política de Colombia

Entre los artículos que se refieren a la promoción de los estilos y hábitos de vida saludables (práctica regular de la actividad física, alimentación saludable y el control del consumo de tabaco) en la **Constitución Política de Colombia** de 1991 se resaltan los siguientes:

- **Artículo 44:** reconoce entre los derechos fundamentales de los niños el derecho a la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada y la recreación.
- **Artículo 48:** señala que la salud de la población colombiana es una responsabilidad directa del Estado, cuya accesibilidad le corresponde garantizar a las distintas autoridades, sectores sociales, económicos públicos y privados.
- **Artículo 49:** determina que corresponde al Estado garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; de la misma manera establece que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- **Artículo 52:** establece que el ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano.

- **Artículo 64:** determina que es deber del Estado promover el acceso de los trabajadores agrarios a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social y recreación, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos.
- **Artículo 79:** establece que todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano.
- **Artículo 95:** señala que son deberes de la persona y del ciudadano, entre otros: velar por la conservación de un ambiente sano.

Normas que regulan la promoción de los hábitos y estilos de vida saludable (práctica regular de la actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco) en Colombia:

a) Normas sobre ambientes saludables y actividad física:

- **Ley 9 de 1979:** establece normas tendientes a preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones tales como: la protección de la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, orgánicos, mecánicos y otros que pueden afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo; eliminar o controlar los agentes nocivos para la salud en los lugares de trabajo; proteger a los trabajadores y a la población contra los riesgos para la salud provenientes de la producción, almacenamiento, transporte, expendio, uso o disposición de sustancias peligrosas para la salud pública.
- **Ley 99 de 1993:** dispone que corresponde al Ministerio del Medio Ambiente, formular, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la política nacional de población; promover y coordinar con este programas de control al crecimiento demográfico y hacer evaluación y seguimiento de las estadísticas demográficas nacionales, e igual que establecer las áreas y definir actuaciones y tratamientos respecto de los espacios libres para parques y zonas verdes de escala urbana y zonal y, en general, todas las que se refieran al espacio público vinculado al nivel de planificación de largo plazo.
- **Ley 115 de 1994, Ley General de la Educación:** reconoce a la educación física, la recreación y la utilización adecuada del tiempo libre, como uno de los fines de la educación colombiana, y establece su carácter de proyecto pedagógico transversal, obligatorio del currículo en la educación preescolar, básica y media.
- **Ley 181 de 1995 (artículo 3, numeral 5):** dispone como uno de los objetivos del Estado garantizar el acceso de las personas a la práctica del deporte y la recreación, fomentar la creación de espacios que faciliten la actividad física, el deporte y la recreación como hábito de salud y mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social.
- **Ley 375 de 1997, Ley de Juventud:** establece que el Estado debe garantizar el ejercicio del derecho de los jóvenes a la recreación, práctica de deporte

y aprovechamiento creativo del tiempo libre. Para esto dispondrá de los recursos físicos, económicos y humanos necesarios.

- **Ley 397 de 1997, Ley General de la Cultura:** señala diferentes alternativas para promover la práctica de la actividad física, en la medida que múltiples expresiones culturales están basadas en el movimiento.
- **Ley 715 de 2001:** señala que corresponde a las entidades territoriales, coordinar acciones entre los municipios que permitan fomentar la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física.
- **Ley 769 de 2002, Código Nacional de Transito:** define acciones con el propósito de garantizar las diferentes opciones de movilización en el territorio nacional, las cuales deben ser apropiadas por sus efectos positivos de la salud, la integración social, la disminución de la polución y la economía de quienes la practiquen.
- **Ley 912 de 2004:** institucionaliza el Día Nacional del Deporte, la Recreación y la Educación Física, el cual se celebrará el tercer domingo del mes de septiembre de cada año. En homenaje y reconocimiento a todos los deportistas de Colombia, se celebrará cada año un evento especial de conmemoración donde podrán participar todos los integrantes del Sistema Nacional del Deporte, organizaciones deportivas, patrocinadores deportivos, medios de comunicación y demás colaboradores en el fomento y práctica del deporte, la recreación y la educación física.
- **Ley 1083 de 2006:** establece normas sobre planeación urbana sostenible, dispone criterios que se deben adoptar por los municipios y distritos en los planes de ordenamiento territorial en relación con la movilización en modos alternativos de transporte.
- **Ley 1098 de 2006, Ley de Infancia y Adolescencia:** estipula que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho al descanso, esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar en la vida cultural y las artes.
- **Ley 1356 de 2009:** expide las normas de seguridad en eventos deportivos y tiene por objeto la creación, implantación, desarrollo y unificación a nivel nacional, de un sistema de educación y prevención de las conductas de violencia en eventos deportivos.
- **Ley 1383 de 2010:** modifica, entre otros el artículo 76 del código nacional de tránsito (Ley 769 de 2002), definiendo que está prohibido estacionar vehículos sobre espacio público destinado para peatones y recreación.
- **Decreto 2771 de 2008:** crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física.

b) Normas sobre alimentación saludable:

- **Ley 1283 de 2009:** decretó la destinación de recursos de regalías y compensaciones monetarias de los departamentos y municipios productores en Colombia, en las cuales como mínimo el 1% de todos los recursos monetarios deberá ser destinado a Nutrición y Seguridad Alimentaria.
- **Decreto 2055 de 2009:** crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN- la cual tendrá a su cargo la coordinación y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PNSAN-, siendo la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados en el desarrollo de la misma. Le asigna, entre otros, apoyar el mejoramiento de las capacidades institucionales para la seguridad alimentaria y nutricional en los niveles territoriales y en los ámbitos público y privado.
- **Resolución 333 de 2011:** establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano.

c) Normas sobre control del tabaco:

- **Ley 1109 de 2006:** por medio de la cual se aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, hecho en Ginebra, el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003).
- **Ley 1335 de 2009:** contempla las disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo de tabaco y el abandono de la dependencia de tabaco del fumador. Entre otras medidas, determina la implementación de los ambientes 100% libres de humo en Colombia; la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco; prohíbe la venta al menudeo de productos de tabaco; prohíbe la comercialización de cajetillas de cigarrillos de menos de 10 unidades; determina las acciones de suministro de información por parte de la industria tabacalera; promueve la formulación de una política nacional para el control del consumo de tabaco que respete la diversidad étnica.
- **Decreto 2871 de 2008:** promulga “El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, hecho en Ginebra, el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003).
- **Resolución 11073 de 1991 de la Aeronáutica Civil:** prohíbe el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados en el interior de aeronaves comerciales en vuelos domésticos.

- **Resolución 1956 de 2008 del Ministerio de la Protección Social:** adopta medidas en relación con el consumo de cigarrillo de tabaco, específicamente sobre los ambientes libres de humo.
 - **Resolución 3961 de 2009 del Ministerio de la Protección Social:** establece los requisitos de empaquetado y etiquetado del tabaco y sus derivados.
 - **Resolución 2010-380-001136-4 de 2010 de la Comisión Nacional de Televisión:** reglamenta la emisión de mensajes institucionales de prevención contra el consumo de tabaco y sus derivados en el servicio público de televisión.
 - **Circular 031 de 2010 de la Procuraduría General de la Nación:** reseña las medidas adoptadas por la Ley 1335 de 2009, por medio de la cual se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se adoptan políticas públicas para la prevención del consumo y abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana y solicita verificar el cumplimiento, por parte de los Gobernadores y Alcaldes y de las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, de las funciones endilgadas en la Ley 1335 de 2009.
 - **Circular 038 de 2010 del Ministerio de la Protección Social:** sobre la implementación de los espacios libres de humo de sustancias psicoactivas (SPA) en las empresas.
 - **Circular 41 de 2011 del Ministerio de la Protección Social:** con el propósito de asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 10 de la ley 1335 de 2009, indica que le corresponde a las Entidades Territoriales, coordinar con las demás autoridades competentes los operativos de inspección, vigilancia y control para que a partir del 21 de julio de 2011, no se realicen actividades de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco y para que se suspenda de manera inmediata la venta al menudeo y la fabricación y comercialización de cajetillas de cigarrillos con menos de 10 unidades.
- d) **Normas que incluyen dos o tres temáticas a tratar: actividad física, alimentación saludable y control del tabaco:**
- **Resolución 1016 de 1989 de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y Salud:** reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país. En el artículo 10 define y determina cuales son las principales actividades de los programas de medicina preventiva y del trabajo.
 - **Ley 1098 de 2006, Ley de Infancia y Adolescencia:** determina que, entre otros, son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición. De la misma manera estipula que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho al descanso, esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar

en la vida cultural y las artes. Igualmente, tienen derecho a que se les reconozca, respete, y fomente el conocimiento y la vivencia de la cultura a la que pertenezcan y que para armonizar el ejercicio de este derecho con el desarrollo integral de los niños. Las autoridades deberán diseñar mecanismos para prohibir el ingreso a establecimientos destinados a juegos de suerte y azar, venta de licores, cigarrillos o productos derivados del tabaco y que ofrezcan espectáculos con clasificación para mayores de edad.

- **Ley 1122 de 2007:** estableció en sus artículos 32 y 33 que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar, de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.
- **Ley 1355 de 2009:** declara la obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos. En relación con la alimentación balanceada y saludable determina que los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de: la garantía de la disponibilidad de frutas y verduras en establecimientos educativos públicos y privados; la adopción de programas de educación alimentaria siguiendo las guías del Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; el establecimiento de mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola; la regulación de grasas trans; la promoción de la dieta balanceada y saludable y la regulación, vigilancia y control de la publicidad de los alimentos y bebidas en medios de comunicación.

En cuanto a las estrategias de promoción de la actividad física esta norma determina impulsar las siguientes acciones: promoción del incremento y calidad de las clases de educación física con personal idóneo y adecuadamente formado en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional (en concordancia con la leyes 115/94 y 934/2004); reglamentación por parte del Ministerio de la Protección Social de mecanismos para que todas las empresas del país promuevan durante la jornada laboral pausas activas para todos sus empleados. De igual manera, y en relación con la promoción del transporte activo, estipula que los entes territoriales, en ejercicio de los planes de desarrollo, reglamentarán mecanismos para promover el transporte activo y la prevención de la obesidad debiendo diseñar estrategias de seguridad vial para ciclistas y

peatones, buscando, además, incrementar la disponibilidad de espacios públicos para la recreación activa como parques, ciclo vías y recreo vías.

- **Ley 1438 de 2011 (artículo 11):** establece que el Gobierno reglamentará la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, orientados a generar una cultura en salud de auto cuidado en la población.
- **Decreto 2771 del 30 de julio de 2008:** establece la Comisión Nacional Intersectorial para la Coordinación y Orientación Superior del Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), integrada por el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura y el Instituto Colombiano del Deporte Coldeportes. Las entidades vinculadas se comprometen con la coordinación y desarrollo de las estrategias para la promoción de estilos de vida saludables, prevención y control de ECNT y la coordinación, formulación, gestión, ejecución y evaluación de programas y proyectos intersectoriales y comunitarios dirigidos a promover la Actividad física y los estilos de vida saludables a nivel nacional y territorial.
- **Agenda Interministerial para el desarrollo de estrategias de promoción de actividad física,** firmada el 07 de septiembre de 2009, por el Director de Coldeportes y la Ministra de Cultura, la Ministra de Educación y el Ministro de la Protección Social, donde se acogen las recomendaciones de la "Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud de la OMS al Plan Decenal de Salud Pública el cual se encuentra en proceso de construcción y que nuevamente incluirá a las ECNT como una prioridad nacional.

Apartes del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 en lo que respecta a hábitos y estilos de vida saludable.

Teniendo en cuenta que El Plan Nacional de Desarrollo es el documento que sirve de base y provee los lineamientos estratégicos de las políticas públicas formuladas por el Presidente de la República a través de su equipo de Gobierno, es importante conocer en detalle sus contenidos cuando se trata de adelantar programas y proyectos para el beneficio de la población colombiana.

En concordancia con las normas descritas anteriormente, **el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: "Prosperidad para todos"**, establece diagnósticos, estrategias y metas relacionadas con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, incluyendo el deporte, la recreación, la actividad física, la alimentación saludable y el consumo de tabaco. Se enumeran a continuación las estrategias y las metas en estos temas:

Apartes del plan relacionados con las tres temáticas: actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco:

Protección de la niñez:

"... será necesario que la política de estilos saludables que desarrolle el Ministerio

de la Protección Social considere acciones prioritarias en las instituciones educativas, donde además deberá evaluarse la capacidad de las mismas para impartir instrucción en educación física de manera regular, como parte de la cátedra educativa y con personal calificado. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de Educación (MEN) y Coldeportes trabajarán de manera coordinada para incrementar y mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, deporte y cultura que permitan el adecuado manejo del tiempo libre, teniendo en cuenta las diferencias culturales y los menores en condición de discapacidad.”

Estrategias: Promover el bienestar y una vida saludable, basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- “...En el plan decenal de salud pública... deberá relevarse la importancia de los factores y determinantes que contribuyan a la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en los diferentes grupos de población, del ciclo vital y los enfoques diferenciales referidos...”
- “...Acciones para disminuir el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas; alimentación inadecuada; la inactividad física; y otros factores de asociados como el sobrepeso, la hiperlipidemia y la hipertensión arterial ya que varios estudios y reportes, concuerdan en aseverar que si se eliminaran esos factores de riesgo, se prevendrían al menos 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes del tipo II y se evitarían más del 40% de los casos de cáncer.”
- “...implementar el **Plan Decenal de Actividad Física** y la reglamentación de las leyes de cáncer y obesidad.”

Apartes del Plan relacionados con actividad física

5. Deporte y recreación

- “...El deporte, la recreación y la actividad física deben ser considerados bienes socialmente necesarios, subordinados a la política social y de manera especial al desarrollo humano, al liderazgo, a la convivencia y a la paz. Así mismo, representan una valiosa estrategia para el bienestar, la salud, la educación y las políticas de inclusión por su contribución a los fines sociales del Estado.”

Estrategias

- **Mejoramiento, mantenimiento y adecuación de la infraestructura para el aprovechamiento de la actividad física, la recreación y el tiempo libre.**
- **Fomento de la recreación, la educación física, la actividad física y el deporte escolar y social comunitario para desarrollar entornos de convivencia y paz:**

1. Coldeportes diseñará programas y estrategias masivas de actividad física

y recreativa, en coordinación con las entidades gubernamentales y no gubernamentales, las empresas privadas e instituciones de recreación y de salud.

2. Coldeportes en coordinación en el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Educación, establecerá un programa para mantener, estimular y cualificar la actividad física en los establecimientos educativos, mediante docentes especializados en esta área.
3. Conjuntamente con el Ministerio de Educación se creará el Sistema Nacional de Competencias Deportivas y Académicas "Supérate", como estrategia de inserción social dirigidos de forma prioritaria a poblaciones en situación de vulnerabilidad, de desplazamiento forzado y en proceso de reintegración social. Con esta estrategia se desarrollarán competencias deportivas en todos los municipios del país..."

"...Estos programas deberán desarrollarse de manera regular y sistemática por personal calificado, para que la actividad se realice adecuadamente, con el fin de garantizar una dinámica de prevención y promoción que genere avances en la calidad de vida de los colombianos."

- *Formación y preparación de deportistas para el posicionamiento y liderazgo deportivo del país*

Apartes del Plan relacionados con alimentación saludable

Protección de la niñez

- Reglamentación de la Ley de Obesidad en el marco de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Definición de criterios mínimos obligatorios para los restaurantes y tiendas escolares, en los cuales se deberá dar prioridad a la venta de frutas, verduras y alimentos saludables que determinen el ICBF y el Ministerio de Educación como coordinadores de la estrategia.
- Suplementación con micronutrientes y fortificación de alimentos de consumo masivo como estrategia para reducir la desnutrición global, la desnutrición crónica, la anemia nutricional en la primera infancia, niñez y mujeres en periodo de gestación y en edad fértil, y reducir la deficiencia de micronutrientes en la población escolarizada.

Estrategias para promover el bienestar y una vida saludable, basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- "Para el fomento de la alimentación sana se requiere aprobar e implementar el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que deberá

incluir avances en la ingesta de micronutrientes; en la disponibilidad, acceso, calidad e inocuidad y aprovechamiento del grupo de alimentos definidos como prioritarios a nivel regional y nacional; sobre la demanda, en el consumo inteligente-assertivo, la consolidación de mecanismos de etiquetado-rotulado, publicidad, advertencia, promoción y patrocinio de los productos nacionales e importados.”

- “Se creará el Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, como instancia mixta –con participación privada– de consulta, y seguimiento a la política, con el apoyo en los observatorios regionales.”

C. Políticas diferenciadas para la inclusión social. 1. Grupos étnicos.

Estrategia: Promover la igualdad de oportunidades de acceso de la población de los grupos étnicos a los beneficios del desarrollo, con enfoque diferencial

- “A través de la implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se diseñarán y concertarán el diseño de planes específicos y diferenciales para población indígena, negra, afrocolombiana, palenquera, raizal, con énfasis en los niños y niñas de primera infancia de estas comunidades, teniendo en cuenta las particularidades de cada grupo étnico.”
- “...se promoverán programas y proyectos que favorezcan los procesos de autosuficiencia alimentaria para los grupos étnicos, de acuerdo a sus hábitos de subsistencia tradicional y su contexto sociocultural.”

Aportes del Plan relacionados con el control al consumo de tabaco

El Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 menciona frente al control del consumo de tabaco el diagnóstico de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (los cuales se describen en el tomo 2) y las metas que se describen a continuación.

Metas de gestión asociadas a las estrategias del Plan relacionadas con actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco

- Prevalencia de consumo de tabaco en escolares de 13 a 15 años. Línea de base 21,9%. 2007. EMTA (cinco ciudades). Definir meta, fuente y periodicidad de la misma a 2012.
- Edad promedio de inicio del consumo de tabaco. Línea de base: 16,9 años. 2008. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Definir meta, fuente y periodicidad de la misma a 2012.
- Porcentaje de población general que no consume frutas. Línea de base:

35,3%. 2005. Encuesta Nacional de Situación Nutricional. Definir meta, fuente y periodicidad de la misma a 2012.

- Porcentaje de población general que no consume verduras. Línea de base: 27,9%. 2005. ENSIN. Definir meta, fuente y periodicidad de la misma a 2012.
- Porcentaje de adultos de 18 – 64 años que cumplen un patrón regular de actividad física en tiempo libre. Línea de base: 5,9%. 2005. ENSIN. Definir meta, fuente y periodicidad de la misma a 2012.
- Prevalencia de exceso de peso (Sobrepeso y Obesidad) en población entre 18 y 64 años 46,1%. 2005. ENSIN. Definir meta, fuente y periodicidad de la misma a 2012.
- Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Meta: Observatorio constituido y funcionando en 2012.
- Porcentaje de personas en situación de vulnerabilidad beneficiadas con programas de actividad física y recreativa. Línea de base: Por definir. Meta a 2014: 50%.
- Porcentaje de entidades territoriales implementando competencias deportivas en diferentes disciplinas. Línea de base: Por definir: meta a 2014: 40%.

Aunque para el país no se han definido metas específicas para cada una de estas estrategias, estos indicadores son indispensables para orientar y evaluar los proyectos para la promoción de estilos de vida saludables a nivel municipal y departamental.

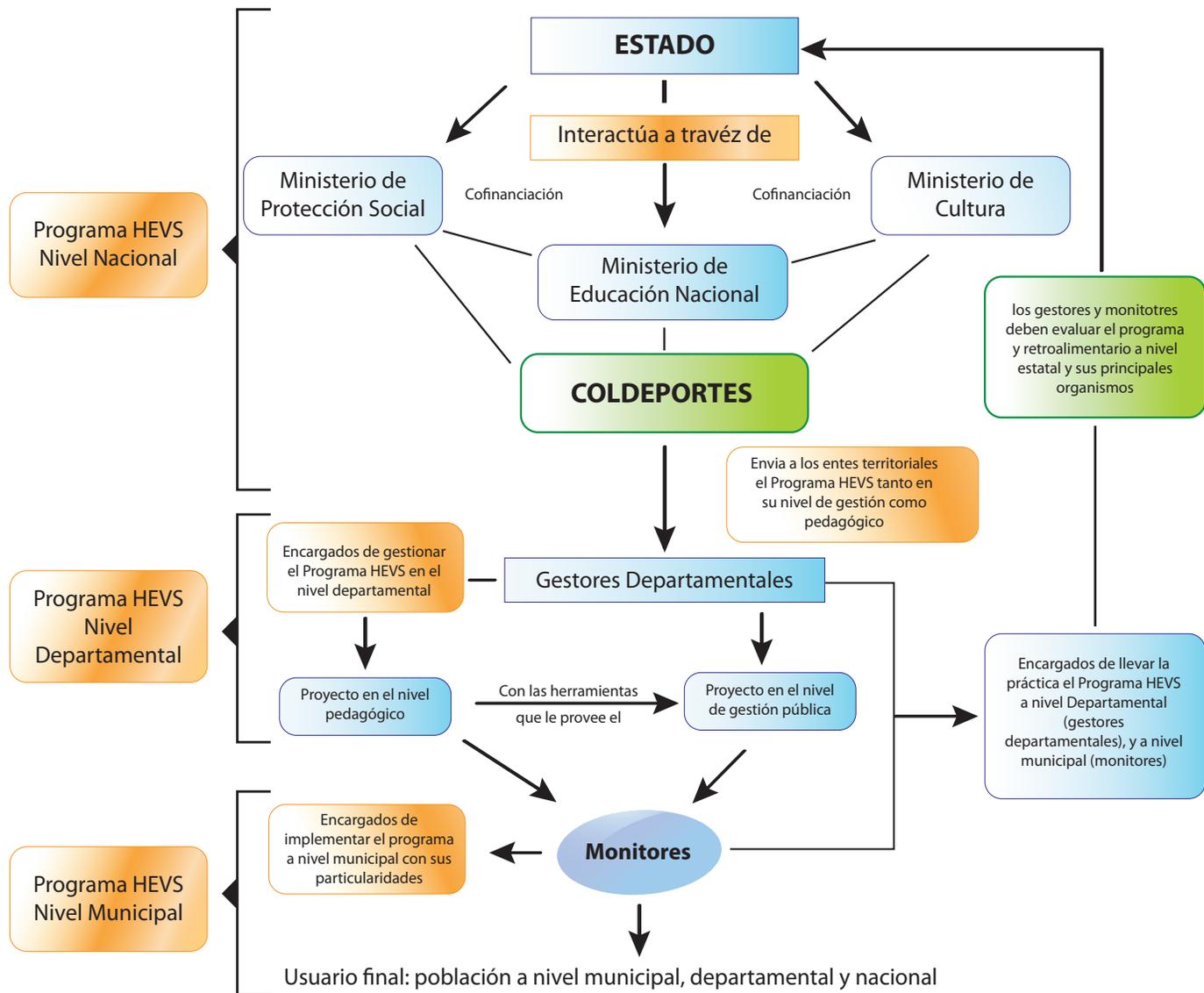
Lecturas Recomendadas

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. (2011). Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. New York: Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio.
2. Departamento Nacional de Planeación. (2010) Plan nacional de desarrollo 2010 – 2014 prosperidad para todos. Capítulo IV. Igualdad de oportunidades para la prosperidad social. Recuperado en Septiembre de 2011, de <http://www.dnp.gov.co/PND/PND20102014.aspx>
3. Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health. (2010). The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action. www.globalpa.org.uk.
4. OMS. (2004). Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud.
5. OMS. (2002). Informe de salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra.
6. OPS. (2002). La Respuesta De Salud Pública A Las Enfermedades Crónicas. 26. Conferencia Sanitaria Panamericana.
7. República de Colombia.(1991) Constitución política de Colombia 1991.
8. Transportation Research Board, Institute of Medicine of the National Academies. (2005). Does the built environment influence physical activity? Examining the evidence.
9. World Health Organization 2008. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva, Switzerland.



MÓDULO 3. EL PROGRAMA

Figura 1. Agentes interesados en el programa nacional de hábitos y estilos de vida saludable.



Programa HEVS: Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable

La estrategia de promover la realización de actividad física, la alimentación saludable y el control del consumo de tabaco como mecanismo para mejorar la calidad de vida y disminuir la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población colombiana dio origen al Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable.

En el ámbito nacional este programa lo gerencia Coldeportes apoyado por el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Protección Social y el Ministerio de Cultura. Estas cuatro entidades se encargan de proporcionar herramientas conceptuales y metodológicas para el diseño y la implementación de los programas departamentales y municipales, cofinanciar las diferentes actividades que se propongan para el desarrollo del programa en los territorios y fortalecer las estrategias multisectoriales.

En el ámbito departamental la operación de este programa está a cargo de “gestores” quienes se encargan de dirigirlo y administrarlo con el concurso de los entes deportivos departamentales, las secretarías de salud y educación; impulsando sus tres grandes ejes temáticos: actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco.

En el ámbito municipal se ejecutan las actividades e intervenciones dirigidas a la población e impulsadas por el programa para lo cual cuenta con “monitores” los que tienen las siguientes responsabilidades:

- Construir un plan municipal que contenga un diagnóstico, una evaluación de ese diagnóstico y unos lineamientos hacia el futuro. Este puede hacerse en una mesa de trabajo a la que se haya convocado a diferentes actores sociales involucrados en el problema para que, en conjunto, se establezca la situación actual y las posibilidades hacia futuro. Entre estos actores se encuentran los secretarios de deporte, educación, cultura, planeación y salud, directores de hospitales locales, concejales, representantes de los clubes existentes, comunidad en general y sus representantes, maestros y profesores.
- Vincular los diferentes sectores –educación, salud, deporte, económico, comunidad, medios de comunicación, empresa pública y privada, entre otros– a las actividades del programa.
- Masificar la actividad física a través de diferentes actividades como: aeróbicos, rumbas, caminatas, ciclovías, ciclopaseos e hidroaeróbicos.
- Crear y promover grupos de actividad física.
- Crear las estrategias de interrelación entre salud, deportes y educación.
- Involucrar el concepto de consumo de frutas y verduras en sus acciones de trabajo.
- Involucrar el concepto de reducción en el consumo calórico en sus acciones de trabajo.
- Involucrar el concepto de control del consumo de tabaco en sus acciones de trabajo.
- Propender porque las actividades que se realicen con la población escolar, jóvenes y adolescentes tengan los tres principios básicos: apropiadas para la edad, que sean variadas y que produzcan diversión.
- Fortalecer las estrategias del programa realizando campañas pedagógicas de actividad física y salud, atención al centro de promoción y ejecución de los diferentes mega-eventos.
- Promocionar la actividad física en los diferentes grupos poblacionales,

con acciones propias para cada edad y tomar en cuenta asuntos como los entornos activos, la estrategia Información, Educación y Comunicación (IEC) y el equipamiento.

De lo anteriormente expuesto se puede concluir que el municipio es el centro de desarrollo de las intervenciones para la población. En este escenario los principales actores gubernamentales son: las instituciones educativas y las instituciones de salud (incluido el ICBF).

Las instituciones educativas municipales deben incorporar en su quehacer el componente pedagógico mediante cursos, cátedras, cursos vacacionales, sobre hábitos y estilos de vida saludables; en todos los niveles (preescolar, básica primaria y secundaria y media). Además es necesario vincular la Junta Municipal de Educación como espacio para que los padres de familia, alumnos y demás miembros de la comunidad educativa participen en la planeación y gestión de estas intervenciones.

Las instituciones municipales de salud (secretarías municipales, hospitales) aportan al programa el diagnóstico y seguimiento del comportamiento en la población de la actividad física, el tabaquismo y la obesidad como factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Además apoyan la labor educativa en la atención clínica de las personas y las intervenciones extramurales de atención primaria. Los centros zonales del ICBF aportan al programa el componente de educación y seguimiento nutricional.

Como actores no gubernamentales municipales se encuentran las empresas privadas y las Organizaciones No Gubernamentales con presencia en el municipio. Las empresas privadas se encargan de promover horarios e instalaciones que permitan a sus empleados el desarrollo de actividad física; espacios libres de humo y acceso a alimentación saludable en la jornada laboral. Además, pueden vincularse a los diferentes proyectos que se vayan a desarrollar en el ámbito comunitario. Las Organizaciones No Gubernamentales son apoyo fundamental en este tipo de programas, razón por la que conviene identificarlas e involucrarlas en las diferentes intervenciones.

El contexto geográfico

Un aspecto fundamental para el adecuado desarrollo de este programa es el desarrollo de espacios geográficos en el municipio conocidos como Comunidad con Entornos Activos (CEA). Este concepto hace referencia a ambientes con características que promueven la actividad física, tales como el acceso público a las instalaciones y las calles con aceras que les permitan a los peatones poder caminar de una manera fácil y sin riesgo de trauma o accidente de tránsito. En forma análoga, es fundamental que el entorno promueva y facilite el adecuado consumo de frutas y verduras y una alimentación saludable, mejorando el acceso a productos frescos y de bajo costo, así como advirtiendo e informando los contenidos nutricionales de los diferentes alimentos. Con relación al consumo

de productos del tabaco, la prohibición de la publicidad y la promoción de ambientes, escenarios, ciudades y municipios libres de humo, ayudan a realizar el control sobre el consumo del tabaco. En el tomo 2 son ampliados estos conceptos en cada uno de los temas. Estas son algunas recomendaciones que pueden ser tenidas en cuenta en los municipios para el tema de actividad física:

- Desarrollar instalaciones y sistemas de seguridad en vías para caminar, trotar, andar en bicicleta y desarrollar actividades similares.
- Fomentar la utilización de los patios de las escuelas del municipio y permitir que las instalaciones escolares sean usadas después de las actividades académicas no solo por estudiantes sino también por la comunidad en general.
- Diseñar corredores peatonales seguros, minimizando los conflictos entre las personas y los movimientos de vehículos.
- Incorporar en los corredores peatonales y otros espacios geográficos árboles de sombra y otras plantaciones, mobiliario urbano y edificaciones con fachadas atractivas.

Los beneficiarios

Las personas con residencia permanente en el municipio son los directos "receptores" tanto de las intervenciones del programa como del contexto geográfico del municipio. En este orden de ideas incluye niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, gestantes y personas en situación de discapacidad. Sin embargo a la hora de definir estrategias y actividades de intervención es útil delimitar mejor la población de beneficiarios, teniendo en cuenta que cada actividad tiene un objetivo específico y esto nos ayuda a optimizar el impacto y facilitar la evaluación.

Los recursos financieros

Existen múltiples alternativas para obtener los recursos financieros que se requieren para operar las intervenciones que se incluyan como parte de la operación del programa. A continuación se describen algunas de estas.

Para la financiación de los programas de Hábitos y Estilos de Vida Saludable, en los entes que conforman el sistema nacional del deporte (conjunto de organismos para permitir el acceso de la comunidad al deporte, a la recreación, al aprovechamiento del tiempo libre y a la educación física), se cuenta con fuentes de financiación tales como: los recursos del sistema general de participaciones (ley 715), recursos del IVA de la telefonía móvil, recursos del impuesto al tabaco, recursos de regalías, de ordenamiento territorial, de cooperación, gestión de recursos y recursos propios, los cuales hacen parte de los recursos que destinan las alcaldías municipales para el fomento, masificación y desarrollo de las políticas públicas. Las entidades de deporte y recreación municipal orientan los recursos para la construcción, dotación y mantenimiento de la infraestructura deportiva y recreativa, la adquisición de bienes y servicios, gastos de funcionamiento y el apoyo a los eventos recreo deportivos y de actividad física.

Ahora bien, el Sistema General de Participaciones (SGP), que es la transferencia de recursos por parte de la nación a municipios, departamentos y distritos, tiene una destinación específica para la salud (24,5%), entre los cuales está la salud pública. Esta última es la encargada de prevenir riesgos para la salud, es decir, el SGP destina presupuesto para los riesgos de la salud lo cual significa que el proyecto de prevención de ECNT debe ser una política formulada, implementada y evaluada en cada ente territorial del país.

En segunda instancia, el municipio puede acudir al sistema de cofinanciación con los departamentos con fondos de orientación y asignación específica, por fuera del Departamento de Planeación Nacional (DNP) y de los sistemas automáticos de transferencias. Estos fondos se especializan en la evaluación de los proyectos y en la cofinanciación de los mismos.

En tercera instancia, puede acudir al presupuesto general de la nación y a la cooperación internacional; para lo cual se deben cumplir las reglas metodológicas exigidas por las respectivas entidades. A modo de ejemplo, la metodología general ajustada es una herramienta que ofrece el acceso a la financiación a través del presupuesto nacional. La operación de estas posibilidades se detalla en el anexo 2.

Otras fuentes de cooperación en la obtención de recursos son las empresas prestadoras de servicios de salud (EPS), las aseguradoras de riesgos profesionales (ARP), las instituciones de educación superior/universidades y la empresa privada.

Lecturas Recomendadas

1. PROCOMUN. (2001). Cartilla para la Gestión Municipal. Retrieved 2011 йил sep from <http://www.duginavi.com/procomun/cartilla/index.html>
2. Roth Deubel, A.N. (2002). Políticas públicas. Formulación implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones aurora.
3. Roth Deubel, A.N. (2009). Análisis y evaluación de políticas públicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
4. Gomez, L. S. (2010). Characteristics of the Built Environment Associated With Leisure-Time Physical Activity Among Adults in Bogotá, Colombia: A Multilevel Study. *Journal of Physical Activity and Health* , 7 (Suppl 2), S196-S203

MÓDULO 4. GESTIÓN DEL PROGRAMA EN LOS DEPARTAMENTOS

Desde la perspectiva del ciclo de las políticas la gestión del programa bajo responsabilidad de los departamentos, puede verse como el puente a través del cual, la política formulada en el nivel nacional y transformada en un programa, se implementa en el territorio colombiano. Esta implementación no es simplemente técnica, sino que también está atravesada por el componente político ya que se necesita gestionar recursos, tanto administrativos como presupuestales y humanos para el adecuado desarrollo del programa.

Por ello se propone usar un enfoque de gestión pública; según Roth Deubel (2002) los requisitos de este enfoque son: a) que se trate de una política bien conocida en la que se indique con precisión la jerarquía de los objetivos y las directrices de actuación. Que quienes la implementan cuenten además con recursos suficientes para contratar personal capacitado, realizar análisis técnicos, recolectar información y cubrir las necesidades administrativas; b) que los responsables de esta gestión, estén debidamente capacitados, comprometidos y apoyen a quienes la ejecutan, convenciendo a los posibles opositores y posicionando el tema en los medios de comunicación; c) apoyo político y social de grupos y organizaciones con capacidad de decisión en todo el proceso de implementación y d) promover un entorno favorable garantizando cambios requeridos en las condiciones que harán posible los logros esperados.

Asimismo, dado que se intenta modificar hábitos y desarrollar estilos de vida saludable, esta gestión debe incorporar intervenciones de movilización social y comunitaria alrededor del tema para dinamizar cambios que permitan lograr avances positivos en favor de estilos de vida saludables.

De acuerdo con la Constitución de 1991, los departamentos ejercen funciones administrativas, de coordinación, de intermediación entre la Nación y los Municipios, y de complementariedad con estos últimos. En cada departamento existe una corporación política administrativa de elección popular que se denomina asamblea; integrada por no menos de 11 miembros ni más de 31 que tiene, entre otras, la responsabilidad de adoptar los planes y programas de desarrollo económico y social y los de obras públicas, con la determinación de las inversiones y medidas que se consideren necesarias para impulsar su ejecución y asegurar su cumplimiento. En esta aprobación y distribución de recursos debe tenerse en cuenta medidas adicionales para asegurar que toda la población y en especial las poblaciones más vulnerables tengan acceso a las mismas opciones y oportunidades para su desarrollo físico, una vida activa, una alimentación saludable y protección ante el humo de tabaco.

¿Cómo involucrar a otras agencias?

Dada la intersectorialidad del programa esta tarea se desarrolla tanto en el departamento como en los municipios. En tal sentido las guías que se plantean a continuación pueden ser aplicables en ambos contextos.

PASO No 1. Mapeo de actores locales relacionados con el programa.

Se trata de identificar a todos los actores claves en las actividades que impulsa el programa, ya sea que estén involucrados o no; para lo cual se recomienda visitar las diferentes entidades e instituciones explicando los motivos de la visita y la propuesta en términos generales e indagando acerca de los planes y programas que lleven a cabo y que puedan articularse con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables (actividad física en tiempo libre, de integración social, en las escuelas, colegios, empresas, cesación de trabajo, alimentación sana y espacios libres de humo).

Preguntas orientadoras:

- ¿Quién está involucrado en las operaciones del programa?
- ¿Quiénes son los socios?
- ¿Quiénes reciben o se ven afectados por el programa?
- ¿Quiénes son los encargados de tomar decisiones relacionadas con el programa?

Posteriormente deben agruparse los actores (por ejemplo, personas u organizaciones) en cualquiera de las siguientes cuatro categorías:

- **Ejecutantes:** aquellos que participan en las operaciones del programa.
- **Socios:** aquellos que apoyan activamente el programa.
- **Integrantes:** aquellos que reciben o se ven afectados por el programa.
- **Encargados de tomar decisiones:** aquellos que pueden realizar o decidir algo acerca del programa.

Una vez se hayan identificado a todos los actores claves para el programa y se hayan agrupado en algunas de las categorías anteriormente mencionadas, es importante definir cuáles de ellos actualmente están o no involucrados en el proceso y a cuáles de ellos necesitamos involucrar más, para de esta forma definir las mejores estrategias para lograr involucrarlos. Adicionalmente resulta valioso tener en cuenta que no todos los actores son importantes en todos los momentos y partes del proyecto, y que debemos definir con ellos, los compromisos que se asumirán con el fin de potenciar los procesos articulando y visibilizando los aportes y recursos de todos los actores clave.

Finalmente como parte de la tarea del gestor, una vez el mapeo de actores y activos se ha completado, se debe tratar de entender en que porcentaje cada uno de estos actores está involucrado con el proyecto y cuáles han sido y serán sus aportes para el desarrollo y mantenimiento del mismo, esto se puede hacer en términos económicos, de personal, insumos o tareas, lo importante es tener claro el trabajo y aportes que cada uno de ellos tienen para el programa, para esto es importante completar los siguientes pasos.

PASO No 2. Identificación de planes de desarrollo.

Consiste en indagar acerca del estado de ejecución de los planes de desarrollo de los diferentes sectores (salud, educación, inversión social) en el departamento y sus municipios; para lo cual es importante hacer un análisis del estado actual de estos y como el programa puede responder, complementar o ayudar a formalizar y cumplir las metas y propósitos de los mismos. La elaboración de un plan de trabajo implicará entonces en este momento un esfuerzo por articular procesos en curso evidenciando cómo pueden potenciarse mutuamente, en este sentido los planes de desarrollo en curso pueden articularse con el plan de trabajo que se plantee en el proceso de reforzar hábitos y estilos de vida saludables en la región.

PASO No 3. Preparación para el trabajo intersectorial.

Finalizados los dos primeros pasos es necesario invitar formalmente a los actores identificados en cada uno de los sectores, comprometiéndolos a participar en el programa y a aportar desde sus fortalezas y su experiencia, resaltando la importancia de su presencia y la forma como los aportes se complementarán a favor de un objetivo común.

PASO No 4. Organización de mesas de concertación intersectoriales.

La mesa intersectorial es un escenario de encuentro, de reflexión y construcción participativa, en donde confluyen los diferentes actores involucrados directa o indirectamente en el programa, representantes de distintos sectores gubernamentales y de sectores privados (representantes de gremios productivos y comercio). Tiene como propósito apropiar la visión y el propósito del programa, definir acuerdos con relación con su implementación, establecer claridades sobre la toma de decisiones, el liderazgo las responsabilidades y construir una agenda de trabajo articulada y con conciencia de la importancia del aporte de todos para lograr los resultados esperados. Para su desarrollo se ha encontrado útil adelantar, entre otras, las siguientes actividades:

a) **Establecer las percepciones acerca del programa.** Se trata de establecer como perciben los actores la posibilidad de trabajar conjuntamente alrededor del programa, para lo cual podría utilizarse el siguiente esquema.

PREGUNTA ORIENTADORA	DESCRIPCIÓN
¿Qué opinan de articular los programas de recreación, actividad física e integración social para la promoción de hábitos y estilos de vida saludable?	
¿Cuál sería la estrategia a seguir para viabilizar la propuesta y cuáles serían las acciones a seguir?	
¿Cuál creen que sería el papel de su sector en la planeación y ejecución de un programa como este? (Buscar indagar por recursos humanos, financieros, tecnológicos y operativos).	
¿Qué estrategias se vienen implementando que se puedan vincular y fortalecer?	

b) Identificar y definir responsabilidades y compromisos. Con base en los acuerdos previos se trata de distribuir entre quienes y como participarán en el programa, las actividades y tareas que asumirán. Para ello se recomienda tener en cuenta los elementos propuestos en la siguiente matriz:

Categorías	Descripción	Sector y persona responsable	Tareas y responsabilidades
Ejecutantes	Aquellos involucrados en el funcionamiento (operaciones) del programa.	Sector: deporte. Coordinador de deportes	
Socios	Aquellos que apoyan activamente el programa.	Empresas patrocinadoras. (bancos) Medios de comunicación	
Tomadores de decisión	Aquellos que pueden decidir algo acerca del programa en lo relacionado con su viabilidad o implementación.	Alcalde.	

Tomado y ajustado de Departamento de Salud y Asistencia Pública de los Estados Unidos. (2006). Manual de Evaluación de la Actividad Física.

Paso No 5. Elaboración del modelo lógico de gestión.

De acuerdo con el Manual de Evaluación de la Actividad Física del CDC, en la planificación y evaluación del programa, conviene usar el modelo lógico, herramienta repetitiva que proporciona un marco de referencia que permite consultas a lo largo de su desarrollo. Esta herramienta se utiliza con el fin de facilitar el proceso de planificación, seguimiento y evaluación de los proyectos.

Esta herramienta ayuda a resolver algunos problemas que se venían presentando en el desarrollo de proyectos y utilizarla ayudará a cualificarlos y a lograr una gestión más eficiente de los mismos al permitir

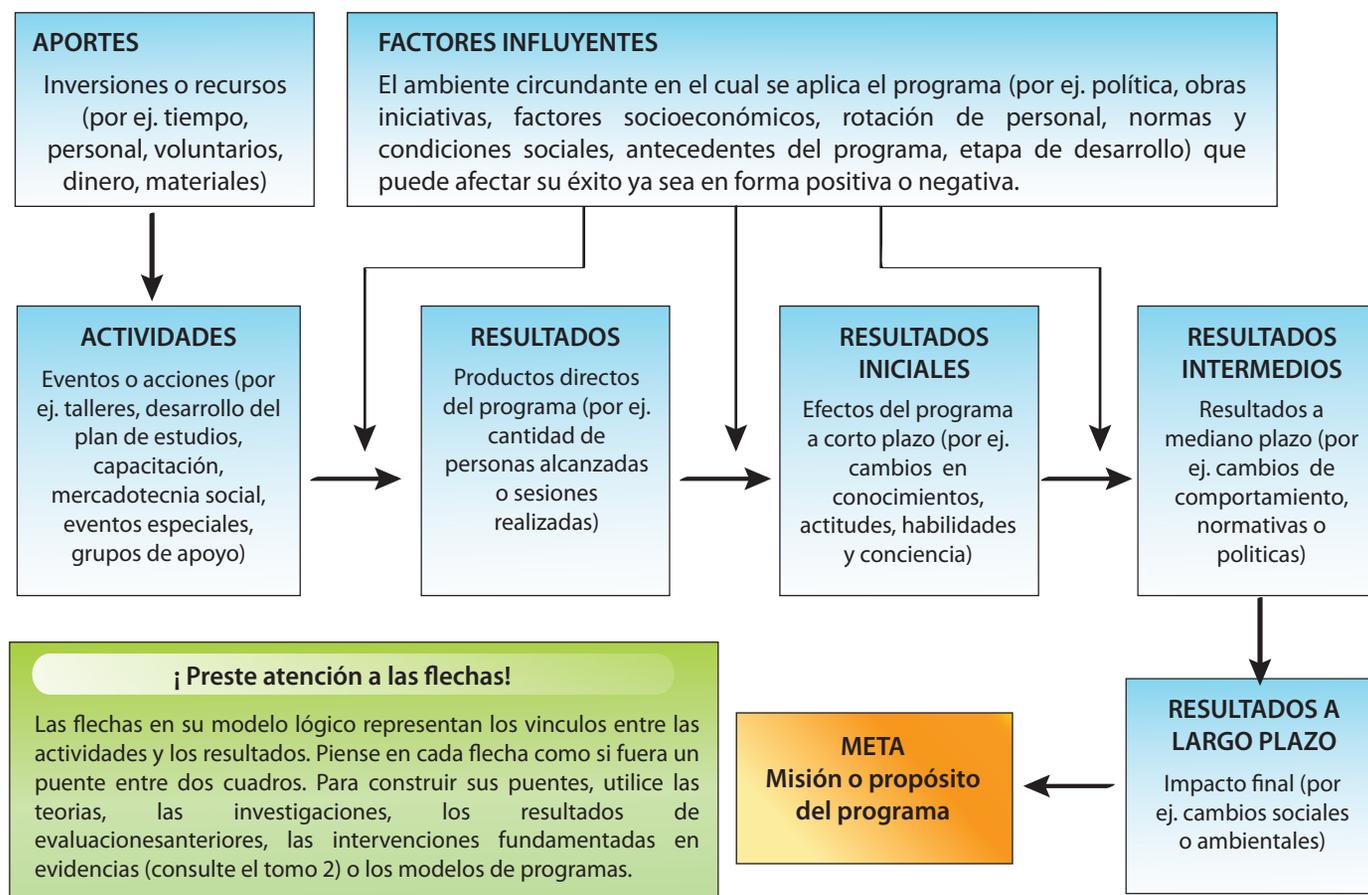
1. La planificación de proyectos con la mayor precisión posible, objetivos claros explícitamente relacionados con las actividades que se plantean dentro del proyecto.
2. Proyectos que se ejecuten exitosamente, en los que el alcance de la responsabilidad del gerente del proyecto y de todos los actores clave estén claramente definidas.
3. Claridad frente a los resultados esperados y la forma como se evaluará lo que se está alcanzando, con indicadores claros para visibilizar los avances y entender los resultados de la intervención, cuáles de los logros obtenidos son atribuibles a esta y cuáles son atribuibles a aspectos emergentes que resulta importante comprender y referenciar.

Idealmente, la elaboración de un modelo lógico debe involucrar a los actores clave y les ayuda a orientar metódicamente el desarrollo del programa, desde la planeación hasta la evaluación. Un modelo lógico ayudará a:

- Contar con una estructura para expresar, en un solo cuadro, la información más importante de un proyecto.
- Tener elementos concretos que permitan justificar los motivos por los cuales el programa es necesario y factible.
- Suministrar información necesaria para la ejecución, monitoreo y evaluación del proyecto, favoreciendo la posibilidad de catalizar aprendizajes derivados de la experiencia.
- Aclarar la estrategia con la que desarrollará el programa.
- Tener un formato para consignar los acuerdos acerca de los objetivos, metas y riesgos del proyecto.
- Identificar objetivos de resultados adecuados (evitar promesas inalcanzables).
- Especificar la naturaleza de las preguntas que se formulan para la evaluación.
- Tener una información suficiente y organizada que facilite establecer participativamente las prioridades para asignar recursos.
- Aportar una terminología uniforme que facilite la comunicación y ayude a reducir ambigüedades.

- Incorporar hallazgos de proyectos de investigación y demostración aportando solidez al proyecto.
- Favorecer un proceso de aprendizaje acumulativo.
- Realizar ajustes y mejoras e incorporar aprendizajes derivados del análisis de las dificultades durante el desarrollo del programa.
- Identificar las diferencias entre el programa ideal y su funcionamiento real y recuperar aprendizajes derivados el análisis de estas.
- Especificar la naturaleza de las preguntas que se formulan para la evaluación.
- Lograr que los principales actores sean responsables de los procesos del programa y sus resultados. Empoderar a todos los actores vinculados al proyecto
- Facilitar la gestión y la calidad de las propuestas.

Figura 1. Componentes de un modelo lógico básico



Fuente: Departamento de Salud y Asistencia Pública de los Estados Unidos. (2006). Manual de Evaluación de la Actividad Física.

Aunque no existe una manera estándar para crear un modelo lógico, presentaremos dos enfoques que pueden resultar útiles al momento de elaborarlos estos son: derecha a izquierda o izquierda a derecha.

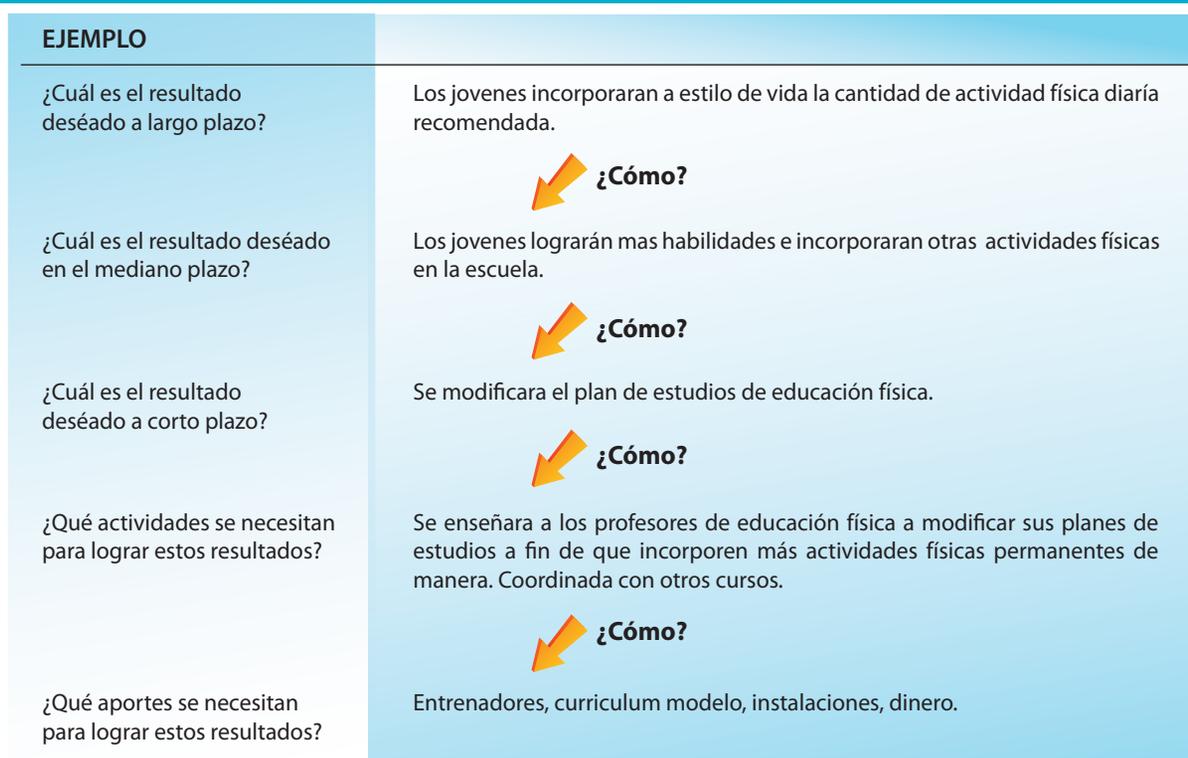
Modelo Lógico de Derecha a Izquierda

Este enfoque, también llamado lógica inversa, comienza a partir la formulación participativa de los resultados deseados y exige trabajar hacia atrás, proponiendo las actividades que permitirán alcanzar los resultados y los aportes requeridos de parte de los actores. Este enfoque se utiliza por lo general en la etapa de planificación y garantiza que las actividades del programa se conduzcan de manera lógica hacia los resultados esperados. Es necesario relacionar de un modo correcto los puentes con flechas. A medida que avance hacia la izquierda en su modelo lógico, necesitará hacerse la pregunta “¿Cómo?”.

Es importante aclarar que el modelo lógico no es una herramienta estática y que se puede ir construyendo y adaptando en todas las etapas del desarrollo del proyecto. Por lo tanto, éste enfoque también es útil para un programa en la etapa de implementación que aún conserva cierta flexibilidad en sus actividades, ya que puede ayudar a re orientar o mejorar la coherencia de las actividades realizadas con los objetivos y los recursos con los que se cuenta.

En las figuras 2 y 3 se muestran ejemplos sencillos de cómo se puede construir un modelo lógico de derecha a izquierda en los diferentes temas, tenga en cuenta que estos son únicamente ejemplos hipotéticos y que los insumos, actividades y objetivos deben ir de acuerdo con las posibilidades y características propias de su departamento/municipio o población. Recuerde que las flechas deben seguir un orden lógico que debe reflejar para cada actividad que recursos o insumos tienen y cuáles son los objetivos de dicha actividad. También debe definir la población objetivo a la cual va dirigida, de tal forma que sea más fácil de entender y evaluar el proceso desarrollado.

Figura 2. Modelo lógico de derecha a izquierda



Fuente: Departamento de Salud y Asistencia Pública de los Estados Unidos. (2006). Manual de Evaluación de la Actividad Física.

Figura 3. Ejemplo de modelo lógico de derecha a izquierda.

Resultado esperado	Actividad Física	Alimentación Saludable	Control del consumo de tabaco
A largo plazo (5 años): aumentar el porcentaje de jóvenes (5 -17 años) del municipio XXX que incorporen a su estilo de vida ...	las recomendaciones de AF para mantener la salud (por lo menos 60 minutos de AF diaria)	El consumo recomendado de frutas y verduras (5 porciones de frutas y/o verduras al día), disminuyan el consumo de bebidas azucaradas, grasas trans, grasas saturadas y alimentos ultra procesados.	No consuma productos del tabaco y no estén expuestos al humo ambiental del tabaco.
A mediano plazo (3 años): aumentar el porcentaje de jóvenes que ...	Pasen de un estadio de contemplación a pre contemplación con relación a incorporar la actividad física regular en su vida cotidiana	Pasen de un estadio de contemplación a pre contemplación con relación a aumentar el consumo de frutas y verduras u mejorar su alimentación diaria incorporando los requerimientos nutricionales para su edad	Realicen control social sobre el consumo de productos del tabaco (estén de acuerdo con la normatividad)
Qué aportes se necesitan para lograr esos resultados? A mediano plazo (3 años): aumentar el porcentaje de jóvenes que ...	Se diseñarán estrategias pedagógicas y espacios de encuentro que lleven a incorporar AF en momentos específicos a nivel de la escuela, la universidad, las organizaciones: ej. Caminatas cortas, espacios recreativos que implique movimiento, pausas activas que incluyan AF según intereses de las personas, etc. Por ejemplo caminatas todos los sábados a la reserva natural del municipio.	Se diseñarán concursos para la elaboración de recetas saludables con alimentos de fácil consecución en la región una vez al mes, talleres de elaboración de alimentos por grupos de edad una vez al mes, publicación de recetas saludables cada 15 días en la cartelera de la iglesia, talleres demostrativos para favorecer entender qué es una alimentación, etc. saludable considerando la selección de los alimentos, la preparación, la combinación, la ingestión una vez cada 6 meses.	Charlas pedagógicas que refuercen el control social, amplíen la conciencia de daño derivado del consumo y del humo de segunda mano, una vez cada 6 meses Divulgación de la información a través de folletos que estén disponibles en la alcaldía y la estación de policía.
Qué aportes se necesitan para lograr esos resultados?	Líderes motivados interesados en movilizar a pares (al menos 1 en el municipio). Docentes y guías de AF que realicen las actividades planeadas (1 por cada 40 jóvenes). Apoyo de los rectores de las escuelas y universidades del municipio.	Experto en el tema de nutrición que oriente a nivel de contenido las actividades que se diseñen (1 dirigiendo cada taller), Líderes motivados interesados en movilizar a pares (al menos 1 en el municipio), Espacios físicos para el desarrollo de talleres (1 para cada taller) Apoyo del gremio de vendedores y productores de frutas y verduras de la región.	Líderes motivados interesados en movilizar a pares (al menos 1 por municipio) material pedagógico (300 folletos socializando la ley).

Modelo Lógico de Izquierda a Derecha

Este enfoque, también llamado lógica progresiva, puede usarse para evaluar un programa o reorganizar uno que aún no posea un modelo lógico. Comienza con la articulación de los aportes y las actividades del programa. Para avanzar hacia la derecha, debe preguntarse “¿Por qué?”. También puede pensarse en este enfoque como si fuera una progresión que responde al esquema “Si ..., entonces”

En las figuras 4 y 5 se muestran un ejemplo sencillo de cómo se puede construir un modelo lógico de izquierda a derecha en los diferentes temas, tenga en cuenta que estos son ejemplos hipotéticos y que los insumos, actividades y objetivos deben ir de acuerdo con las posibilidades y características propias de su departamento/municipio o población que quiere intervenir. Recuerde que las flechas deben seguir un orden lógico que debe reflejar cada actividad que recursos o insumos tienen y cuales son los objetivos de dicha actividad así como debe reflejar la población objetivo a la cual va dirigida, de tal forma que sea más fácil de entender y evaluar el proceso desarrollado.

Figura 4. Modelo lógico de izquierda a derecha

EJEMPLO	
¿Cuáles son los aportes existentes?	Personal, incentivos, materiales.
¿Cuáles son las actividades existentes?	<p>¿Por qué? </p> El desafío del bienestar en el lugar de trabajo.
¿Cuáles son los resultados a corto plazo?	<p>¿Por qué? </p> Las actitudes de los empleados mejorarán y aumentará su conocimiento sobre los niveles diarios recomendados de actividad física.
¿Cuál es el resultado deseado en el mediano plazo?	<p>¿Por qué? </p> Los niveles de actividad física de los empleados aumentarán.
¿Cuál es el resultado deseado a corto plazo?	<p>¿Por qué? </p> Las normas para actividades físicas en el lugar de trabajo mejorarán.

Fuente: Departamento de Salud y Asistencia Pública de los Estados Unidos. (2006). Manual de Evaluación de la Actividad Física.

Figura 3. Ejemplo de modelo lógico de izquierda a derecha.

Resultado esperado	AF	AS	NCC
¿Cuáles son los aportes existentes?	<p>Líder en la comunidad motivado e interesado en movilizar a sus pares.</p> <p>Propuestas motivantes para la población objetivo, material pedagógico.</p> <p>5 monitores de AF.</p> <p>Voluntad política del alcalde.</p> <p>Parque central del pueblo.</p> <p>Reserva natural en las afueras del pueblo.</p>	<p>Experto en el tema de nutrición interesado en realizar capacitaciones.</p> <p>Apoyo de la secretaria de salud para organizar jornadas de nutrición.</p> <p>1 salón comunitario disponible todos los sábados 2 horas.</p> <p>Madres cabezas de familia interesadas en alimentar mejor a sus hijos.</p> <p>Materiales pedagógicos disponibles en internet. Ejemplo materiales Fundación Colombiana del Corazón</p> <p>http://javeriana.edu.co/redcups/alimentacion.htm</p>	<p>Líderes motivados interesados en movilizar a pares.</p> <p>Trabajo realizado por las autoridades locales de policía para hacer control de ambientes 100% libres de humo.</p> <p>Volantes que socializan la norma, desarrollados por la secretaria de salud.</p> <p>Procesos pedagógicos existentes e información sobre el tema:</p> <p>http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_medio/plt_prog_usaludable/Espacios%20Cerrados%20Libres%20e%20Humo</p> <p>http://javeriana.edu.co/redcups/cigarrillo.htm</p>

¿Por qué? o ¿para qué?

¿Cuáles son las actividades existentes?	<p>Organizar Caminatas ecológicas cada 3 meses.</p> <p>Maratones de rumba todos los domingos en el parque central del pueblo.</p> <p>Programas de gimnasia laboral para los trabajadores de la alcaldía, del INDER y de la secretaria de salud todos los días guiados por uno de los monitores.</p>	<p>Apoyo a las jornadas de nutrición realizadas por la secretaria de salud, con el complemento de AF y nutrición.</p> <p>Talleres comunitarios de recetas saludables para madres cabezas de familia con el experto en nutrición.</p> <p>Divulgación por medio de folletos de los materiales disponibles en internet de la fundación colombiana del corazón a los participantes de las actividades de AF.</p>	<p>Reforzar por medio del perifoneo y del periódico local las actividades realizadas por las autoridades locales para el control de los ambientes 100% libres de humo.</p> <p>Difusión del material desarrollado por la secretaria de salud en las actividades de promoción de la AF.</p> <p>Socialización con las universidades y centros educativos de la región del material existente en la página de internet de la javeriana una vez cada semestre.</p>
---	---	--	---

¿Por qué? o ¿para qué?

¿Cuáles son los resultados esperados a corto plazo (1 mes)?	<p>Diseño participativo con la comunidad de las estrategias pedagógicas y espacios de encuentro para realizar las actividades mencionadas.</p> <p>Aumentar el conocimiento y satisfacción de las actividades realizadas.</p>	<p>Diseño participativo con la comunidad del concurso para la elaboración de recetas saludables con alimentos de fácil consecución en la región como resultado de los talleres y jornadas de nutrición realizadas.</p> <p>Aumento del porcentaje de la población que participa en las actividades.</p>	<p>Aumentar el porcentaje de personas que conocen la norma para el control del consumo de tabaco.</p> <p>Inicio de diálogos con las universidades y centros educativos de la región.</p>
¿Cuáles son los resultados esperados a mediano plazo (3 años)?	<p>Aumentar el porcentaje de las personas que del municipio que participan de las actividades mencionadas.</p> <p>Aumentar los minutos ofrecidos a la población para realizar AF por medio de los programas regulares de promoción de la AF.</p>	<p>Aumentar el porcentaje de la población que asiste a los talleres y jornadas de nutrición realizadas.</p> <p>Aumentar el porcentaje de personas que conocen los folletos de nutrición.</p>	<p>Aumentar el porcentaje de personas que están de acuerdo con la normatividad existente para el control del consumo de tabaco, por ejemplo: aumentar el porcentaje de personas que apoyan los espacios 100% libres del humo de tabaco.</p>

¿Por qué? o ¿para qué?

¿Cuáles son los resultados esperados a mediano plazo (3 años)?	<p>Aumentar el porcentaje de la comunidad realizan la cantidad de AF recomendada (al menos 150 minutos de AF moderada a la semana).</p>	<p>Aumentar el porcentaje de la comunidad que incorpora a su cotidianidad el consumo recomendado de frutas y verduras (5 porciones de frutas y/o verduras al día), disminuyen el consumo de bebidas azucaradas, grasas trans y de alimentos ultra procesados e incorpora las recetas saludables.</p>	<p>Aumentar el porcentaje de personas que hacen control social de consumo de tabaco.</p> <p>Disminuir el porcentaje de personas que fuman.</p>
--	---	--	--

Este es otro esquema que puede ser útil para construir el modelo lógico del programa, trata de resolver las mismas preguntas y puede ayudar a organizar cada uno de los puntos cruciales del modelo lógico, antes de ponerlo en cajas de forma gráfica.

Declaración del propósito
Meta
Resultados
Actividades
Aportes

Como resultado de la aplicación de estos pasos, el modelo lógico puede ilustrar los detalles de una actividad que integre un programa amplio o diagramar las interacciones entre todos los programas de promoción de hábitos de vida saludable en una comunidad, municipio o departamento. Múltiples modelos lógicos pueden representar diferentes niveles del mismo programa. Por lo tanto el modelo lógico es un trabajo en progreso y se puede alimentar de manera permanente y complementaria. También es probable que a lo largo de la planificación y depuración del programa y de su evaluación, sea necesario revisar el modelo lógico. Se recomienda usarlo para identificar las actividades y los resultados que deben evaluarse a fin de mantener bien encaminados los programas y tener elementos para hacer oportunamente ajustes que favorezcan el logro de los objetivos.

Los Indicadores

Son la unidad o elemento que permite medir (cuantitativamente) o verificar (cualitativamente) si la intervención del programa ha producido los cambios previstos. Estos pueden ser de:

- **Impacto:** resultados a largo plazo, lo que se quiere dejar queremos dejar al terminar la intervención.
- **Efecto:** resultados a mediano y corto plazo, lo que se quiere ir logrando para avanzar hacia las metas.

- **Satisfacción:** percepción que tiene el usuario de la calidad del programa o de la actividad realizada.

Para formular indicadores es importante preguntarnos:

- Qué cualidad o aspecto quiero medir (numero, grado en que se expresará).
- En quienes espero que se encuentre.
- Qué tipo de medida tendré (#, grado, nivel).
- Cuando espero se de ese aspecto o cualidad, donde espero que se dé.

Deben formularse desde antes de empezar la intervención para valorar objetivamente sus resultados. Permiten definir como saber qué ha pasado lo que se espera que suceda en el proceso. En su construcción es útil establecer el tipo de indicador que se está usando para medir el logro esperado de acuerdo a la siguiente clasificación:

INSUMO: hace referencia a los recursos invertidos, con qué hemos hecho lo que decidimos hacer (recursos humanos, recursos físicos). Permiten cuantificar los recursos invertidos.

PROCESO: ¿Cómo lo hago? Permite identificar actividades realizadas.

RESULTADO: ¿Qué quiero? Permite monitorear avances en metas.

Para favorecer la comparabilidad a nivel del país y con otros países es importante siempre tratar de utilizar indicadores comunes que sean utilizados y avalados, con el fin de obtener medidas compartidas y poder analizar los resultados comparativamente a nivel institucional, regional, nacional e internacional y poder capitalizar experiencias. En el tomo 2 de este documento en el capítulo de fundamentos encontrará la descripción detallada de algunos métodos de evaluación con los cuales se pueden plantear indicadores específicos, que evalúan las recomendaciones en cada uno de estos temas. Adicionalmente en el anexo 3 de este documento se ofrece una matriz con métodos de evaluación e indicadores que pueden aportar una guía útil para los proceso. Finalmente en el anexo 4 podrán encontrar ejemplos de instrumentos (encuestas) para medirlos.

A propósito de la evaluación

Se puede diferenciar las distintas evaluaciones dependiendo de las finalidades. Si el objetivo de la evaluación es retroalimentar a los actores de un programa para que estos puedan modificar sus acciones para mejorarlo y fortalecerlo, se habla de una evaluación formativa o endoformativa. Si la finalidad de la evaluación es informar al público en general o a actores externos sobre los logros, alcances y limitaciones de un programa en particular para que se formen una opinión sobre su valor intrínseco, entonces se habla, de una evaluación recapitulativa (Roth, 2009). En este programa se utilizarán los dos tipos de evaluación.

Aunque en este documento no se propone un modelo para hacer la evaluación del programa si se plantean algunas ideas claves que deben tenerse en cuenta al adelantar este proceso:

- Determinar los objetivos (explícitos o implícitos).
- Operacionalizar los objetivos (transformarlos en indicadores).
- Medir los hechos reales y comparar con los objetivos.
- Realizar un balance global del programa a través de los diferentes objetivos.

PASO No 6. Redacción y firma del acuerdo de voluntades.

Se trata de suscribir un documento que recoja las conclusiones, acuerdos y compromisos de los diferentes sectores convocados, así como las estrategias para hacer viable el programa y su sostenibilidad en el tiempo. Con el fin de formalizar el programa dentro de la agenda departamental, es importante emitir un acto jurídico en donde se declara su implementación. Con este documento se formaliza el trabajo intersectorial y se conforma el consejo departamental de promoción de hábitos de vida saludable.

 Paso 1	Mapeo de actores.
 Paso 2	Identificación de planes de desarrollo.
 Paso 3	Preparación para el trabajo intersectorial.
 Paso 4	Organización de mesas de concertación intersectoriales.
 Paso 5	Elaboración del modelo lógico de gestión.
 Paso 6	Redacción y firma del acuerdo de voluntades.

¿Cómo escoger los municipios en los que se ejecutará el programa?

En este momento del proceso, es necesario entender que los municipios más que un espacio geográfico, son un territorio de “construcciones sociales” en donde, conviven permanentemente personas que comparten ideas, costumbres, intereses y propósitos, que producen y generan condicionantes y determinantes que pueden afectar directamente su forma de vivir. Así mismo, comparten una serie de necesidades y problemáticas en muchos niveles (educativo, laboral, de vivienda, salud, recreación y calidad de vida).

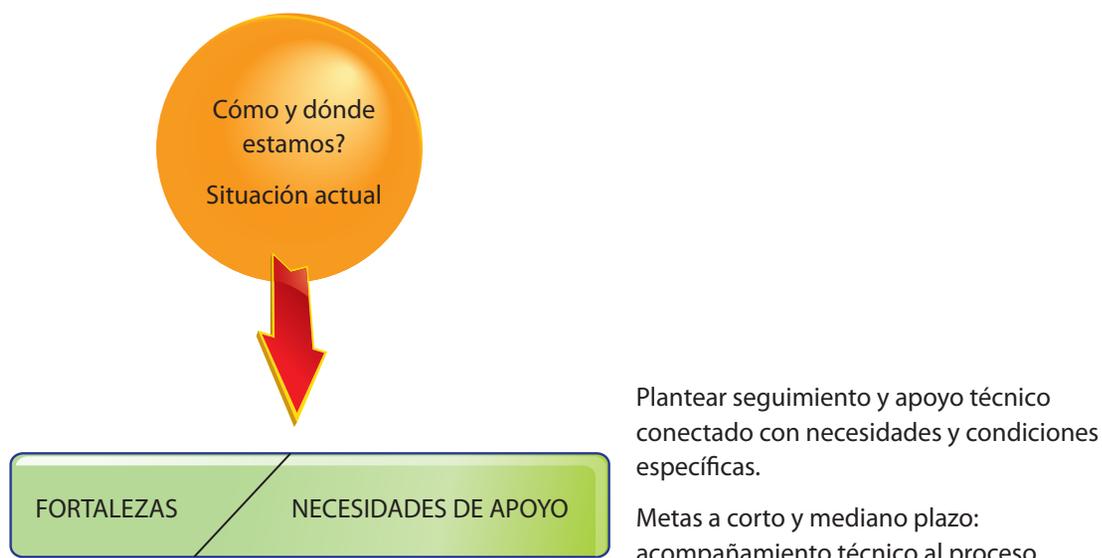
Tabla orientadora para la identificación de actores clave en los cuatro ámbitos.

Ámbito	Actores claves	Descripción
Educativo	Escuelas- educación primaria - Colegios - educación Secundaria IES/Universidades - Educación Superior	Responsables de iniciativas escuelas saludables Responsables de iniciativas: Universidades Promotoras de Salud. Estamentos: Directivos, profesores, empleados administrativos, estudiantes. Grupos estudiantiles. Asociaciones de padres, profesores, empleados, Fondos de empleados.
Laboral	COPASO (Comités Paritarios de Salud Ocupacional) Oficina responsable de SALUD OCUPACIONAL ARP	Reuniones periódicas de estos equipos. Es más estratégico pedir que se introduzca el tema en las agendas que esperar oportunidades para tratar excesivamente este tema.
Salud	Secretarías de Salud Referentes de Salud EPS IPS ARP	Son muchos los referentes trabajando con este objetivo, articular esfuerzos puede evitar traslapes, optimizar la utilización de recursos y potenciar procesos que fortalezcan sinergias importantes.
Comunitario	Educación Organizaciones de base Gobierno local Cruz Roja Servicios de salud Agentes comunitarios de salud Iglesias ONGs Otros	Reuniones periódicas de estos equipos. Es más estratégico pedir que se introduzca el tema en las agendas que esperar oportunidades para tratar excesivamente este tema.

En este sentido, es fundamental identificar las necesidades que tengan relación con los planes e intervenciones encaminadas a la promoción de hábitos de vida saludables y que de alguna manera fueron consignados dentro de los planes de desarrollo. Para seleccionarlos es necesario tener la información suficiente y que permita priorizar considerando la factibilidad de iniciar el programa una estrategia útil para lograr esto requerirá retomar la siguiente información:

- Mapa de actores locales y líderes.
- Necesidades y prioridades expuestas dentro del plan de gobierno local en lo referente a la salud pública, recreación, deporte, actividad física, alimentación saludable, control de consumo de tabaco y calidad de vida.
- Identificación de los programas y planes que se vienen realizando actualmente.
- Interés manifiesto del alcalde de ejecutar el programa.

Guía de evaluación para planificar el acompañamiento técnico de gestores y monitores.



El objetivo de esta evaluación es recuperar información que oriente el acompañamiento técnico para la puesta en marcha del proceso encaminado al mejoramiento de estilos de vida en las regiones.

Es importante tener en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas, las respuestas le permitirán tener una línea de base que ayude a orientar y apoyar los procesos y ofrecer los apoyos técnicos específicos requeridos por los equipos de trabajo en cada una de las regiones para favorecer el avance en el proceso.

Nivel de gestión del proceso (por favor marque en la escala y llene los campos), haremos un análisis de esta información a nivel Regional / Nacional para planificar el apoyo técnico requerido.

Guía de evaluación para planificar el acompañamiento técnico de gestores y monitores.

	Avance	Pendientes	Fortalezas percibidas: recursos propios (gestor/monitor).	Necesidades de apoyo identificadas
Organización de un equipo de trabajo en el que vincule a los referentes de salud y educación en la región.	 Describa logros			
Identificación de actores clave en la región.	 Describa logros			
Elaboración de un mapeo de activos de la región (recursos, experiencias).	 Describa logros			
Identificación de barreras y retos a corto y mediano plazo.	 Describa logros			
Organización de la información en un modelo lógico.	 Describa logros			

Intervención a nivel de estilos de vida (por favor marque en la escala y llene los campos), haremos un análisis de esta información a nivel Regional / Nacional para planificar el apoyo técnico requerido.

Lecturas Recomendadas

1. Departamento Nacional de Planeación. (2005). El Estado y Su Organización. Colombia: DNP.
2. Departamento de Salud y Asistencia Pública de los Estados Unidos. (2006). Manual de Evaluación de la Actividad Física. Atlanta: Departamento de Salud y Asistencia Pública & Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Recuperado en septiembre de 2011. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa>
3. Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health. (2010). The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action. www.globalpa.org.uk
4. Gobernación de Antioquía. (s.f.). Gobernación de Antioquía. Recuperado en Septiembre de 2011, de <http://www.antioquia.gov.co/index.php/administracion>
5. PROCOMUN. (2001). Cartilla para la Gestión Municipal. Recuperado en septiembre de 2011, de <http://www.duginavi.com/procomun/cartilla/index.html>
6. Rodríguez, L. (2011). Estructura del Poder Público en Colombia (Decimotercera edición ed.). Bogotá, D.C.: Temis.
7. República de Colombia (1991) Constitución Política de Colombia 1991.
8. Roth Deubel, A.-N. (2002), Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación, Bogotá, Ediciones Aurora.
9. Roth Deubel, A.-N. (2009). Análisis y evaluación de políticas públicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
10. Isabela C. Ribeiro, A. T. (2010). Using Logic Models as Iterative Tools for Planning and Evaluating Physical Activity Promotion Programs in Curitiba, Brazil. *Journal of Physical Activity and Health*, 7 (Suppl 2), S155-S162.
11. Sanchez N. (2007). El Marco Lógico Metodología para la Planificación, seguimiento y evaluación de Proyectos. *Visión Gerencial*, 6 (2), 328-343.
12. W.K. Kellogg Foundation (2001) Guía de Desarrollo de Modelos Lógicos. Recuperado el 18 de noviembre de 2011 en: www.wkkf.org

MÓDULO 5. GESTIÓN DEL PROGRAMA EN LOS MUNICIPIOS

Al municipio como entidad fundamental de la división político administrativa del país le corresponde, entre otros, prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes. Cada municipio cuenta con un concejo cuyos miembros son elegidos por sus habitantes para períodos de cuatro (4) años que ejerce control político sobre la administración municipal y adopta los planes y programas de desarrollo económico y social y de obras públicas.

Son los “**monitores**” quienes tienen la responsabilidad de coordinar, planear, monitorear y evaluar las actividades e intervenciones con las que se buscará cumplir con los objetivos del programa nacional de hábitos y estilos de vida saludable. En este orden de ideas, su gestión, además de concentrarse en la intersectorialidad, involucra directamente las poblaciones beneficiarias de las actividades e intervenciones adelantadas por el programa. Por ello involucra y se apoya en las organizaciones de participación comunitaria del municipio tales como las madres comunitarias, las juntas de acción comunal, los consejos de participación en salud y educación, etc. así como a representantes de los grupos de población (niños, adolescentes, padres y otros miembros de la familia) beneficiarios directos de las intervenciones.

La participación ciudadana es un principio central de las ciudades saludables y activas; razón por la que el diálogo y el permanente flujo de información con la ciudadanía sobre la realización de actividad física, alimentación saludable y prevención del consumo de tabaco permiten a los funcionarios del gobierno tener acceso a la experiencia, conocimientos y opiniones dentro de la comunidad. Bajo esta perspectiva, la ejecución del programa en este nivel territorial utiliza un modelo gestión participativa cuyas principales características se detallan a continuación.

GESTIÓN PARTICIPATIVA

El propósito de ese tipo de modelo de gestión pública es fomentar el desarrollo del municipio con la participación de todos los ciudadanos en la planificación y en la toma de decisiones. Sus principales elementos son:

Coordinación: se necesita avanzar en un modelo de alta conexión entre políticas públicas, sectores y programas, y entre actores e instituciones; para profundizar en los procesos de articulación territorial, sectorial y entre niveles de gobierno. Requiere una visión estratégica así como información acerca de la realidad para identificar las prioridades, establecer las metas e intervenir con los diferentes actores, instituciones y niveles de gobierno.

Alianzas público-privadas: para la ejecución de los programas y proyectos necesarios para progresar en el desarrollo municipal y la consecución de los propósitos del programa nacional de hábitos y estilos de vida saludable.

Figuras asociativas: son estrategias de cooperación y acción colectiva que permiten establecer relaciones entre individuos y grupos en pos de un objetivo común.

Participación comunitaria y ciudadana: la Ley 134 de 1994 impulsa la intervención de los habitantes del municipio en la gestión de bienes públicos a través de la creación de espacios y mecanismos que así lo permiten. A continuación se presenta un breve resumen de ellos.

Espacios	¿Para qué? (funciones)	¿Cómo actúa?
Juntas de acción Comunal	Actúan como forma primaria de organización de las comunidades. Su objetivo es actuar como gestoras, intermediarias y copartícipes del desarrollo de su comunidad.	Asociación de vecinos con personería jurídica; mínimo 60 afiliados en áreas urbanas y 25 en el área rural.
Comités de desarrollo y control social de servicios públicos	Aseguran la participación de los usuarios en la gestión y fiscalización de las empresas de servicios públicos.	Se conforman a iniciativa de los propios usuarios, suscriptores o suscriptores potenciales de uno o más servicios públicos. Los comités designan vocales de control por cada servicio
Juntas de vigilancia de servicios públicos	Velan por la prestación de los servicios Públicos domiciliarios cuando no se prestan por una entidad descentralizada.	Pueden citar a empleados de las empresas que vigilan para solicitarles informes y ponen en conocimiento de las autoridades las anomalías en la prestación del servicio y su administración.
Veedurías ciudadanas	Garantizan la transparencia y la no desviación de los recursos públicos. Vigilan la gestión pública y sus resultados –a nivel municipal–.	Conformada por convocatoria en medios de comunicación. Pueden ser constituidas por las organizaciones civiles. En pequeñas obras los beneficiarios escogen a una persona como veedor.
Consejo Municipal de Desarrollo Rural	Organismo de concertación local entre autoridades y comunidad, de todo lo relacionado con el desarrollo rural. Prioriza proyectos y participa en la formulación del Plan de Desarrollo Rural y el Programa Agropecuario Municipal o regional.	Cuatro miembros en representación de las autoridades y siete de las comunidades rurales.
Consejo Territorial de Salud.	Presta asesoría a la dirección local de salud en la formulación de planes y estrategias municipales en el área. Hace seguimiento a la evaluación del Sisbén	Integrado al menos por catorce personas entre autoridades, gremios y comunidades organizadas como usuarios de los servicios de seguridad social en salud.

Fuente: realización propia a partir de DNP (2007)

Movilización social: en este programa es necesario lograr niveles de empoderamiento (individuales y colectivos) que garanticen que los procesos no dependan de los monitores sino que sean apoyados, orientados y dinamizados por sus habitantes. Por ello, se apoya en la movilización social y comunitaria de manera tal que las intervenciones y modificaciones de comportamiento que se logren perduren en el tiempo y sean apropiados a las características propias de cada comunidad. Al respecto es importante destacar que la información en sí misma no moviliza cambios; los apoya, sustenta y orienta; pero la mayor fortaleza para lograr cambios estará en vincular activamente a las personas (actores comunitarios claves) en el municipio por cuanto son ellos los que conocen su realidad, sus recursos, las condiciones favorecedoras, las barreras y son los que pueden agenciar caminos que hagan posible cambios sostenibles que se proyecten en el tiempo y que logren un mejoramiento permanente de la salud y los estilos de vida de los colombianos.

*Ve a la gente,
Vive entre ellos,
Ámales,
Aprende de ellos,
Comienza desde donde ellos están,
Trabaja con ellos,
Construye sobre lo que tienen.
Pues de los mejores líderes,
cuando la tarea se ha cumplido,
el trabajo se ha terminado,
todos dirán:
«Lo hemos hecho por nosotros mismos»
Lao Tzu¹*

La movilización social comunitaria es una de las manifestaciones más significativas en el proceso de incentivar a la sociedad en general y a actores clave en cada región a participar activamente en la solución de las problemáticas que la afectan; actúa dentro del contexto de la participación y brinda a los ciudadanos la posibilidad de tener intervención directa en los asuntos de interés general. Su uso en temas de salud pública se presenta como una alternativa válida para impactar los problemas de salud asociados con las prácticas y actitudes inadecuadas de la población. En los trabajos realizados por Will Parks y Linda Lloyd, la noción de movilización social desde la salud pública es interpretada como el proceso de reunir a todos los aliados sociales, con el fin de aumentar la conciencia de la gente sobre la prevención y el control, ayudar en la prestación de recursos y servicios, y fortalecer la participación comunitaria

¹Tomado de: Potenciación Comunitaria, Métodos para fortalecer las comunidades, PHIL BARTLE PhD. www.scn.org

para la sostenibilidad y la autosuficiencia de las políticas, planes y programas por implementar. La movilización social resalta la importancia de hacer visible una problemática, aprovechar las oportunidades que las coyunturas sociales y políticas ofrecen para incidir en la toma de decisiones e interactuar con actores sociales clave con el ánimo de crear vínculos y compromisos alrededor de una causa común.

Abogacía: este proceso va en paralelo con la movilización social y se refiere al acto de promover, difundir o defender una determinada causa de manera sistemática, planificada y con participación directa de los afectados. Su propósito es generar cambios en las políticas, normas, actitudes y prácticas sociales que afectan a determinadas comunidades. Es una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromiso político, apoyo a las políticas, aceptación social y respaldo a los sistemas para un determinado objetivo.

PROPÓSITOS DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN EL MUNICIPIO

A diferencia de la implementación del programa en los departamentos, en el municipio se operan las actividades e intervenciones a través de las que se busca modificar los hábitos y generar estilos de vida saludable en las personas. Por ello, los objetivos fundamentales alrededor de los cuales giran las actividades e intervenciones son:

- Concientizar a la población sobre la importancia de la actividad física regular y sus beneficios físicos, psicológicos y sociales; de la importancia del consumo de frutas y verduras al día y de no consumo de tabaco y de ambientes 100% libres del humo de tabaco, dada su asociación con enfermedades las enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular, pulmonares e incluso el cáncer.
- Reforzar el conocimiento en los empleados de las diferentes instituciones de gobierno, empresa privada, sociedad civil y organismos cooperantes, líderes y posibles legitimadores para que estos ayuden a difundir estos mensajes.
- Diseñar alianzas estratégicas con sectores locales para la ejecución de las actividades e intervenciones necesarias.

PASOS PARA IMPLEMENTAR UN MODELO DE GESTIÓN PARTICIPATIVO EN EL MUNICIPIO

El proceso implica diseñar y evaluar de manera participativa las estrategias más efectivas para la promoción y adopción de hábitos de vida saludables en los grupos y comunidades donde se trabaja. Participar y aportar en un plano de igualdad favorece la actualización y sensibilización de los participantes en cada uno de los temas que se van tratando para favorecer así cambios de hábitos

a nivel de actividad física, alimentación saludable y reducción del consumo de tabaco. Es importante resaltar que a nivel de los programas hay 4 ámbitos en los cuales se quiere enfocar la atención y centrar los esfuerzos de esta estrategia: comunitario, escolar/educativo, laboral y sistema de salud.

Paso No 1. Hacer un diagnóstico local participativo

Tiene como principal objetivo brindar un adecuado conocimiento acerca de las situaciones problemáticas que se pretenden solucionar o mitigar mediante las intervenciones sociales, creando información confiable acerca de la magnitud, alcance y características primordiales de esas situaciones en el territorio donde se las aborda. El diagnóstico también busca conocer los factores que influyen en dichas situaciones teniendo en cuenta los contextos concretos y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo que se tendrían si estas problemáticas no se intervinieran.

La utilidad más evidente del diagnóstico local participativo es la posibilidad de identificar, precisar y dimensionar la situación problemática, para de ese modo, evaluar distintas estrategias y líneas de acción a desplegar en torno a la problemática visualizada de la mejor forma posible.

Los diagnósticos participativos incluyen los saberes y puntos de vista de actores diferentes que se vinculan con el tema de interés, en particular aquellos que viven – padecen – la situación problemática. Cuando se realiza bajo esta modalidad el diagnóstico trasciende los objetivos de fundamentar las acciones de una intervención y de brindar además insumos básicos para los diferentes momentos evaluativos. En efecto, la modalidad participativa añade un valor agregado sumamente relevante que es la iniciación de un proceso de construcción de un escenario donde interactúan distintos actores sociales, un espacio de intercambio de información, de articulación y de negociación, un ámbito para el aprendizaje social de todos los participantes y un espacio de oportunidad para el protagonismo de los actores sociales que luego serán involucrados en los proyectos.

Antes de abordar un proyecto, los técnicos y profesionales de diferentes disciplinas (ya sean externos o propios del lugar), como los propios pobladores que viven los problemas cotidianamente, en forma directa o indirecta, tienen hipótesis descriptivas y explicativas acerca de cómo funciona el contexto en el que viven, en particular en relación al tema de preocupación dominante; tienen por lo general una idea aproximada acerca de cuáles son los déficits y requerimientos y cuáles son las fortalezas u oportunidades de la situación problemática particular. Ese conocimiento puede provenir de diferentes fuentes, como por ejemplo el simple hecho de vivir en el lugar, conocer la historia o formar parte de la situación a diagnosticar, estar familiarizado con información relacionada, tener experiencias y aprendizajes de otros proyectos similares realizados, entre otras vías del conocimiento.

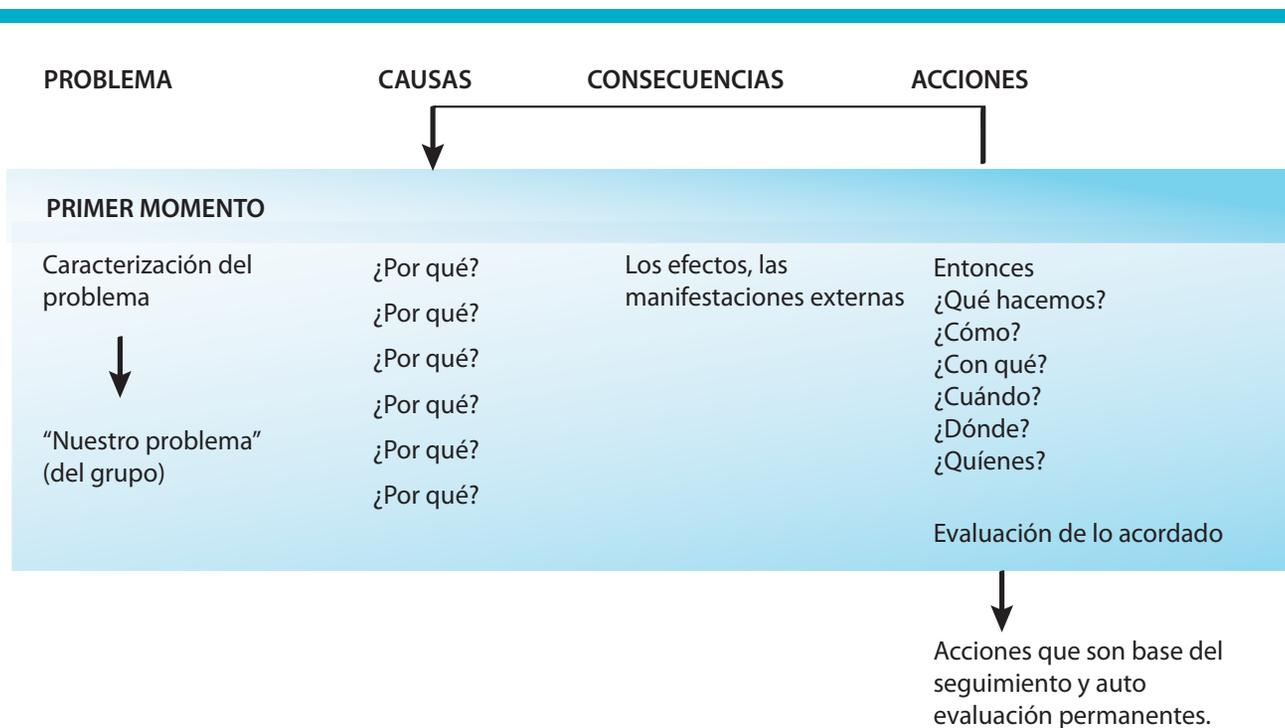
El diagnóstico local participativo servirá para corregir, precisar mejor y fundamentar ese saber previo, esas hipótesis de trabajo, y permitirá que las acciones que se propongan sean más apropiadas, se ajusten más a situación

problemática y a las expectativas de la gente. Al realizar un diagnóstico local participativo se debe tener en cuenta los siguientes componentes:

- Descripción de la situación: cómo son y/o suceden las cosas en un determinado contexto.
- Explicación de la situación: cuáles son las causas o factores condicionantes para que en esa situación y en ese contexto las cosas sean y/o sucedan de esa forma.
- Predicciones: cuáles serían las consecuencias, qué sucedería si no se interviene y se deja que las cosas sigan su curso “espontáneo”

Estos componentes del diagnóstico participativo permiten fundamentar las hipótesis de trabajo, puesto que para formular dichas hipótesis debe tenerse en cuenta, además de una fotografía de la situación actual (un “corte transversal”), la información de las tendencias históricas (qué cambios o permanencias hubo a través del tiempo) junto con una explicación basada en teorías vigentes de los factores y mecanismos que producen ese tipo de situaciones problemáticas, es decir, cómo suceden las cosas o cuáles son los problemas que deben resolverse para introducir cambios que impacten en el futuro.

Figura 1. Componentes del diagnóstico participativo



Fuente: Quijano, Ana María, 2005

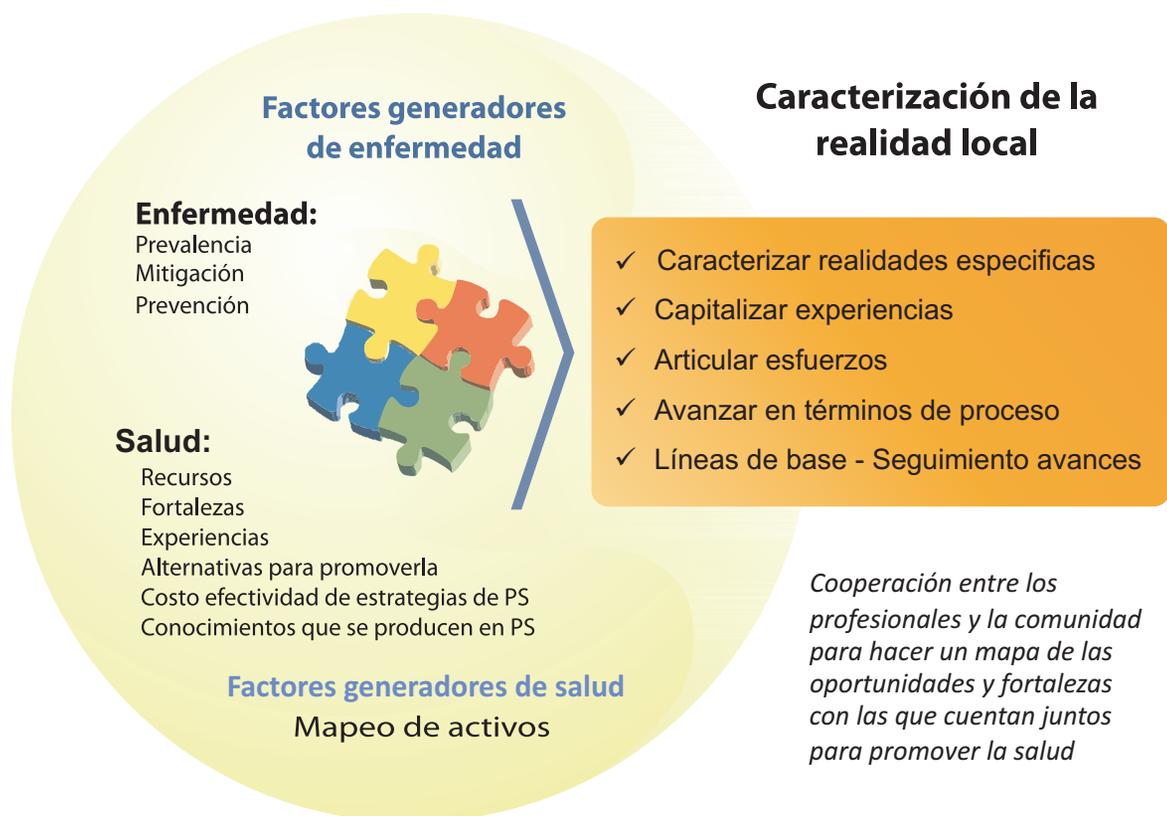
El diagnóstico participativo es el primer momento del proceso de planificación/programación, adicionalmente este será importante para la evaluación en sus diferentes momentos ya que servirá como línea de base o parámetro comparativo con el que se contrastarán las informaciones que se obtengan posteriormente en particular durante la evaluación final. Esta evaluación inicial de la situación problemática permitirá apreciar la pertinencia de las actividades planteadas y el dimensionamiento de las mismas, así como la adecuación de las estrategias y modalidades de intervención, en función de las características y magnitud del problema y su contexto.

Constituye una de las varias intersecciones que existen entre la planificación y la evaluación ya que es útil no solo para fundamentar las hipótesis y las acciones propuestas, sino para ser utilizado como parámetro comparativo requerido en el proceso de evaluación.

Permite recoger, organizar y analizar la información que existe en un contexto en particular sobre la situación de los niveles de estilos de vida (actividad física, alimentación saludable y consumo de tabaco), la actuación de los actores sociales y sus redes, conocer la situación de las prácticas individuales y comunitarias relacionadas con estos estilos de vida y analizar los problemas con la participación de la población y los actores sociales proponiendo acciones para hacer frente a los mismos, dando como resultado estrategias más exitosas que perduren y se adapten en el tiempo.

Como parte del diagnóstico participativo se debe hacer el “mapeo de activos”, entre los profesionales y la comunidad para identificar las oportunidades y fortalezas con las que cuentan. Considerar los recursos, fortalezas, logros y no sólo las consecuencias negativas, los déficits, problemas y necesidades es parte del diagnóstico de una realidad o situación para encontrar en conjunto los recursos necesarios para afrontar los problemas, transformarlos y concretar mejorías de las condiciones encontradas. Realizar el mapeo de activos nos ayuda a poder cuantificar los costos y recursos necesarios para la implementación y adecuado desarrollo de nuestros programas que permitan de manera progresiva mejorar y optimizar los recursos que tenemos, al no replicar esfuerzos ya existentes, no buscar logros ya alcanzados, ni desconocer aprendizajes derivados de experiencias previas relacionadas con los temas específicos del estilos de vida saludable o de participación comunitaria. Este enfoque parte de la idea de que toda persona tiene el potencial para un desarrollo saludable siempre que cuente con los “activos” personales, del entorno social y ambiental que lo hagan posible.

Figura 1. Mapeo de activos



Fuente: Manuel Rodríguez Rodríguez. (2009). El compromiso social de las Universidades. IV congreso internacional de universidades promotoras de salud. Pamplona.

En relación con la promoción de hábitos de vida saludable, hacer diagnósticos locales participativos, con los actores claves necesarios e involucrando a todos los sectores de la sociedad permitirá:

- Empezar de manera innovadora el mejoramiento de condiciones, el fortalecimiento de la capacidad, la optimización de sistemas de vigilancia y monitoreo e impulsar el empoderamiento individual y comunitario.
- Acceder a diversos mecanismos que permitan a cada sector compartir sus capacidades específicas para alcanzar tanto objetivos comunes como complementarios con más eficacia, legitimidad y sostenibilidad que cuando cada sector actúa de forma separada.
- Establecer redes dinámicas que ofrezcan a cada sector los mejores canales de visibilidad en la sociedad y mayor capacidad para influir en la agenda política.

- Entender el papel esencial de cada sector, así como sus atributos, para desarrollar y alcanzar las metas que se establezcan para la promoción de hábitos de vida saludable que disminuyan las ECNT de una manera más integrada y estable.
- Promover un diálogo entre actores sociales clave es una forma de construir el acuerdo general sobre las cuestiones relativas al control del cáncer con todos los involucrados.

Luego de abordar el análisis de la realidad local y de enunciar y caracterizar el problema, se requiere profundizar el conocimiento de la situación de las prácticas familiares, comunitarias y sociales que sustentan los estilos de vida individuales y colectivos identificados. Para esto es posible usar estrategias de aproximación **cuantitativa** como las encuestas que suministran datos que permiten dimensionar, evidenciar magnitudes y prevalencias del problema y aproximaciones **cualitativas** como los grupos focales, la observación, que permiten caracterizar, entender, explicar que subyace en los comportamientos y prácticas, qué les da origen y qué las refuerza.

Una vez se cuente con una mayor comprensión de las problemáticas en la comunidad particular, objeto de la intervención, se procede a analizarla con la comunidad haciéndola participe de la construcción de procesos encaminados a la solución; para lo cual se requiere el concurso de los diferentes actores claves.

Paso No 2. Identificar actores sociales claves

La incorporación articulada de actores (personas, instituciones o redes sociales), desde una posibilidad de complemento en los aportes para el posicionamiento del proceso, favorece una corresponsabilidad en la apropiación de éste y en la difusión de los mensajes claves por los miembros de la comunidad. Además, el trabajo articulado con actores claves permite construir un sistema comunitario de respuesta y sostén, que admita la transmisión de aprendizajes durante la vida cotidiana.

Durante este proceso el primer paso es hacer un mapeo de actores identificando a todos los interesados principales, ya sea que desde un principio estén involucrados o no con el programa. Un grupo heterogéneo de participantes es crucial para alcanzar el éxito. Para esto es importante formular las siguientes preguntas a varios subgrupos de interesados potenciales:

- ¿Qué es lo importante en este programa?
- ¿A quién representa usted y por qué está interesado en este programa?
- ¿Qué le gustaría que este programa lograra?

- ¿Cuáles son las preguntas críticas de la evaluación?
- ¿Cómo usará los resultados de esta evaluación?
- ¿Qué recursos (por ejemplo: tiempo, experiencia de evaluación, financiamiento) pueden contribuir a esta evaluación?

Al respecto es importante buscar nuevos interesados principales que no hayan sido identificados previamente para lo cual puede solicitarse a todos los participantes en el programa que intercambien ideas y continuamente elaboren una nueva lista de los posibles actores claves y se deben incluir las estrategias de cómo pueden vincularlos a participar en los programas o actividades propuestas. Entre ellos deben incluirse tanto a profesionales como a personas sin un estudio específico así como competidores o adversarios.

Una vez que haya preparado una lista de interesados principales es importante identificar cómo participaría cada uno de ellos en el programa para lo cual se recomienda usar la siguiente categorización:

Ejecutantes: participan en las operaciones del programa.

Socios: apoyan activamente el programa.

Integrantes: reciben o se ven afectados por el programa.

Encargados de tomar decisiones: pueden realizar o decidir algo acerca del programa o del impacto del mismo.

Una vez se tienen la clasificación de los actores interesados, el grupo de trabajo debe llegar a acuerdos de cómo estos actores interactúan en el programa, *recuerde que no todos los actores son importantes en todos los pasos del programa y que hay momento en los que algunos de los actores pueden ser más importantes que otras.* Para lograr el adecuado trabajo y mantenimiento del programa es importante que tanto los actores como los activos sean organizados de manera sistemática y se acuerden roles y funciones específicas a cumplir por cada uno de ellos, al igual que se determinen los espacios de interacción y los recursos que cada uno de ellos pone en el desarrollo del programa. A continuación se proponen algunos ejemplos de matrices que resultan útiles en los procesos de identificación y análisis de actores y redes sociales:

Matriz de Actores Sociales

Actor clave	Rol y Función	Espacios de interacción	Recursos humanos
Educación			
Organizaciones de base			
Gobierno local			
Cruz Roja			
Servicios de salud			
Agentes comunitarios de salud			
Iglesias			
ONGs			
Otros			

En el análisis de los actores es importante además considerar el poder y la adhesión, ya que esto aportará elementos importantes en la gestión del proyecto y nos ayudará a definir aquellos actores quienes de acuerdo a su alto grado de poder y poca adhesión, tendremos que realizar procesos de abogacía que los lleven a ser aliados estratégicos a favor del proceso y a aportar a su sostenibilidad. Esto es más factible cuando se posiciona ante ellos el tema conectándolos con sus intereses, cuando se plantean los resultados en términos de beneficios mutuos (relaciones gana-ganas) y se analizan con ellos los efectos de no mejorar el problema que se ha priorizado, visibilizando los efectos considerando su rol y función en la comunidad.

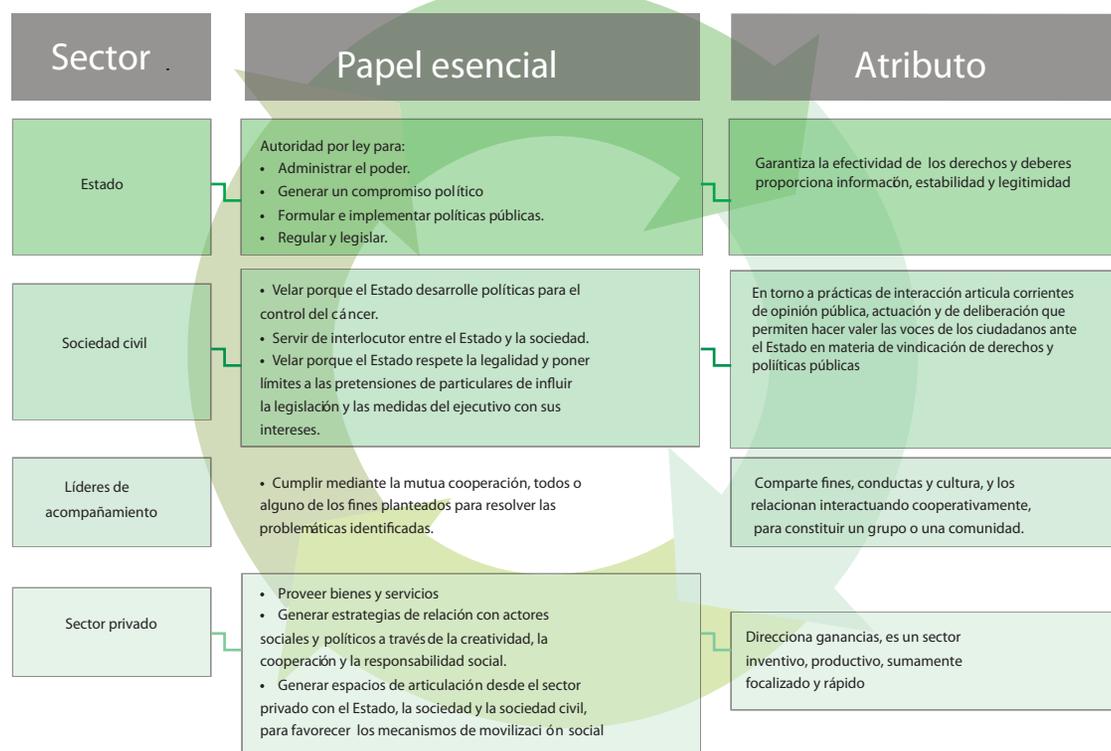
Paso No 3. Impulsar la movilización social alrededor del programa

La movilización social para la promoción de estilos de vida saludable, implica principalmente la interacción de cuatro actores sociales clave: el gobierno local, la sociedad civil, los líderes de acompañamiento y el sector privado. Se busca que todos generen una interacción viable con objetivos comúnmente reconocidos; que puedan establecer relaciones de intercambio e interdependientes y basados en principios de transparencia y equidad. A continuación se presenta una definición de estos actores sociales clave y una breve descripción de cómo cada uno puede aportar en la promoción de estilos de vida saludable.

<p>El gobierno local</p>	<p>La Alcaldía, el Concejo, la Personería y la policía son instituciones que poseen la autoridad para establecer las normas que regulan la vida municipal. Para emprender cambios que disminuyan los impactos negativos de estilos de vida poco saludables y condiciones poco favorecedoras se requiere promover, en estos actores, una conciencia clara frente a la importancia de diseñar programas, formular políticas y tomar las decisiones que lleven a impulsar hábitos y estilos de vida saludable para controlar la prevalencia de enfermedades crónicas.</p>
<p>La sociedad civil</p>	<p>Es una relación asociativa que los ciudadanos (al margen de sus familias, amigos y lugares de trabajo) entablan voluntariamente y sin ánimo de lucro para promover sus intereses, ideas, ideales e ideologías. En ella se incluyen:</p> <p>Organizaciones populares: establecidas que en su mayoría están integradas por afiliados y representan los intereses de grupos de población particulares como a las organizaciones que representan a mujeres, niños o jóvenes, agricultores, desempleados, pueblos indígenas, ancianos y discapacitados.</p> <p>Organizaciones profesionales: organizaciones de afiliados que representan los intereses de personas que tienen la misma profesión o fuente de empleo. Las más importantes comprenden: sindicatos asociaciones profesionales representativas de los trabajadores de la salud, la educación y el derecho, asociaciones o sindicatos de agricultores; cooperativas de productores</p> <p>Organizaciones confesionales: organizaciones religiosas, generalmente de afiliados, que se dedican al culto o al proselitismo o están subordinadas a tal causa.</p> <p>Mundo académico: comunidades de especialistas, investigadores, intelectuales y demás académicos.</p> <p>Organizaciones no gubernamentales: organizaciones que tienen por objeto servir a la sociedad mediante la prestación de servicios específicos o la defensa de sus intereses. Son mayoritariamente organizaciones de afiliados que comparten los mismos intereses; habitualmente se consideran filantrópicas o de servicio público, toda vez que la comunidad beneficiaria de sus programas supera con creces los límites de sus miembros. Entre otros ejemplos cabe citar las organizaciones que se ocupan del medio ambiente, el desarrollo, los derechos humanos, los derechos reproductivos, el desarme, la lucha contra la corrupción, las organizaciones de voluntarios, las asociaciones y cooperativas de consumidores, etc.</p> <p>Movimientos sociales y redes de activistas: asociaciones populares y poco estructuradas de personas que tienen marcos o experiencias comunes y deciden colaborar entre sí para subsanar iniquidades específicas.</p>
<p>El sector privado</p>	<p>Existen industrias generadoras de factores de riesgo para la salud que tienen la obligación de minimizar sus impactos y de implementar soluciones en esta materia. También es necesario considerar aquí a las empresas cuya razón social es la prestación de los servicios de salud.</p>
<p>Los líderes de acompañamiento</p>	<p>Son personas o grupos de personas no organizados formalmente que presentan un interés particular en la problemática (en este caso los estilos de vida que llevan a ECNT) o que en su rol de protagonistas sociales pueden lograr la interacción social y el empoderamiento a</p>

Es importante reconocer los diferentes roles y características de los actores sociales clave para comprender el potencial de la interacción y las dinámicas de los procesos. Cada sector tiene diferentes características con las cuales puede contribuir al desarrollo exitoso de las actividades e intervenciones para la apropiación de estilos de vida saludable y el mejoramiento permanente de condiciones favorecedoras

Ejemplo aplicable para la promoción de hábitos de vida saludable: Papel esencial y atributo de los actores sociales clave de la movilización social para el control del cáncer en Colombia



Fuente: INC 2007

Paso No 3. Plantear los objetivos del programa en el municipio

Luego de recoger la información de la población objetivo y tendiendo el perfil de la comunidad particular, es el momento preciso para diseñar un programa efectivo para la promoción de hábitos de vida saludable, específicamente la práctica regular de actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco. Es importante plantearse desde el principio objetivos adecuados que sean posteriormente evaluables y que permitan guiar el programa y verificar al final, la efectividad del mismo. Los objetivos deben ser escritos de manera específica, cuantificable y en términos de cumplimiento de tiempos, que incluyan los siguientes cinco elementos:

- Quién debe realizar el comportamiento deseado; cuantos van a ser impactados.
- Qué es lo que se quiere que haga; el comportamiento actual o que demuestren un comportamiento específico.
- El resultado o producto que puede ser observado, aquello que muestre que el objetivo ha sido alcanzado.
- Las condiciones relevantes o circunstancias bajo las cuales el comportamiento debe ser realizado.
- El estándar que será utilizado para evaluar el éxito.

Una mnemotecnia que puede servir para recordar cómo plantear los objetivos, ampliamente usada, es que estos deben ser “objetivos Inteligentes” (SMART), que busca que usted evalúe 5 elementos fundamentales en cada uno de los objetivos plantados:

- eSpecíficos
- Medibles
- Alcanzables
- Relevantes
- Tiempo limitado

Por último, los objetivos que estén orientados a los efectos del programa pueden ser divididos en corto plazo (objetivos de impacto) o a largo plazo (objetivos de logro), los objetivos de proceso son los de día a día.

Paso No 4. Establecer las actividades e intervenciones

En este proceso se puede utilizar la metodología de planificación de base que permite, partiendo del problema identificado, plantear finalmente acciones para superar el problema. Constituye además el plan de trabajo local y es insumo para formular proyectos. Para generar acciones efectivas, cada causa analizada debe responderse las siguientes preguntas:

¿Qué hacemos? Frente a las causas que originan el problema. **¿Cómo?** Se refiere a la estrategia que se debe elegir para cumplir una tarea determinada. **¿Con qué?** Son los recursos humanos, físicos y financieros referidos a la misma comunidad o a su complemento. **¿Cuándo?** El cronograma, que se decide en forma colectiva, depende de los tiempos de los involucrados y de la urgencia en resolver el problema. **¿Quiénes?** Define responsabilidades en personas o grupos.

En el diseño de las actividades e intervenciones que ejecutar el programa es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Para la promoción de la práctica regular de la actividad física por ejemplo resulta indispensable velar por condiciones del ambiente físico construido apropiadas para realizar actividad física, como por ejemplo ambientes gratos y seguros así como en aumentar el conocimiento sobre los beneficios para la salud de esta práctica en términos de prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas.
- Para la promoción de la alimentación saludable es necesario tener en cuenta el acceso a alimentos saludables, la orientación sobre los beneficios de los diferentes alimentos sobre el organismo, los aspectos que le dan el carácter de saludable a la alimentación desde el momento mismo de la selección, la preparación, la combinación y la ingesta.
- Para disminuir el consumo de tabaco resulta indispensable favorecer en la comunidad la conciencia de que la mejor alternativa es no fumar, buscando desarrollar una actitud crítica basada en la consciencia del daño; pero al mismo tiempo es necesario crear mecanismos de apoyo social que estimulen y favorezcan la cesación de este hábito.

Asimismo, conviene hacer visible el problema para generar opinión pública alrededor de las consecuencias en salud, calidad de vida individual y colectiva y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles derivadas de estilos de vida poco saludables. Al respecto, las relaciones con los medios masivos de comunicación constituyen un aspecto sustantivo para hacer visible la problemática para lo cual se recomienda establecer alianzas con actores que tengan una gran capacidad de movilización material y mediática y suministrar información oportuna. Además es importante tener en cuenta los medios de comunicación comunitarios que en muchos municipios son las únicas voces con las que se cuenta para demandar mejores condiciones de vida. Ejemplos de estos medios: radios comunitarias, TV locales, periódicos de barrio. Usted podrá encontrar mas información de las recomendaciones internacionales y la evidencia de las intervenciones para cada uno de los temas en el tomo 2 de este documento lo invitamos a consultarlo.

Paso No 5. Escribir el plan del programa

El orden ideal es comenzar con la meta, luego un objetivo de logro, seguido de un objetivo de impacto, y de ahí describir los objetivos de proceso que tienen que ser logrados para alcanzar el objetivo de impacto. Cada objetivo debe ir acompañado de las respectivas actividades e intervenciones. El plan especifica una fecha, una persona de contacto y la medición de cada objetivo de proceso. En este proceso también puede ser útil la elaboración de un modelo lógico del programa en particular que les sirva de representación gráfica del programa y que les ayude a tener un direccionamiento claro de las actividades planteadas. Este tema ya fue desarrollado en las páginas 49 - 52 de este documento.

Paso No 6. Conformar alianzas

Tiene como propósito unir los actores claves alrededor de las actividades e intervenciones con el fin de adelantar acciones puntuales mediante esfuerzos concertados para empujar y orientar recursos, con el ánimo de conseguir un propósito particular y facilitar un diálogo intersectorial mediante la construcción de acuerdos con entidades de naturaleza diversa, de manera que aporten ópticas distintas.

Tenga en cuenta que aunque describimos secuencias su logro no es lineal sino en forma de espiral, se trata de procesos vivos, dinámicos que no son lineales ni tienen un fin, siempre habrá hacia donde mejorar en las condiciones de salud de los municipios y Departamentos y reconocer el proceso favorecerá la posibilidad de aprender de las dificultades, capitalizar las experiencias y proyectar los logros en beneficio de la comunidad.

Paso No 7. Evaluar

Tres de los propósitos generales de las evaluaciones son obtener conocimientos, mejorar un programa y establecer sus efectos. Se pueden agrupar los posibles usos de la evaluación acuerdo con uno de estos propósitos. Los interesados principales deben analizar y acordar los usos generales de la evaluación por anticipado.

Para enfocar la evaluación, se recomienda usar las siguientes preguntas sobre las diferentes actividades del programa:

- Resultados iniciales, intermedios y a largo plazo del programa.
- Participantes del programa.
- Efectos mayores del programa en las organizaciones o comunidades.
- Factores externos que influyen en el programa.

La evaluación del proceso se refiere a la importancia de entender las dinámicas internas del programa e identificar las áreas que necesitan ser mejoradas mientras haya tiempo de hacer las correcciones del programa. Algunas herramientas de medición son: contar el número de actividades realizadas, hacer seguimiento a los mensajes transmitidos, estimar el número de personas impactada, mantener diarios de registro y redactar reportes mensuales o anuales.

La evaluación del impacto recoge la información necesaria para responder las preguntas sobre los efectos a corto y mediano plazo de la intervención, así como determinar el grado de discrepancia que pueda haber. Tiene en cuenta variables tales como: cambios de conocimiento, actitudes, creencias, comportamientos, habilidades, recursos, políticas y sistemas de apoyo social. Dentro de las

herramientas recomendadas: realizar registros de conocimiento de “antes” y “después”, valorar el estado de salud de los participantes “antes” y “después”, realizar encuestas para valorar los cambios en los niveles de apoyo social, entre otras.

La evaluación de logros recoge información para responder a los efectos a largo plazo de la intervención, la información aquí recogida es comparada con los objetivos de logro para determinar el nivel de discrepancia que exista entre lo que se esperaba y lo que se logró. En otras palabras esto puede ayudar a valorar los efectos a largo plazo de la intervención y el grado en que se han alcanzado las metas. Algunas preguntas que pueden ser consideradas durante la evaluación de logro son: ¿Qué hemos logrado? ¿Los participantes avanzaron por lo menos una etapa en el cambio comportamental?, ¿Hubo cambio en el conocimiento, actitudes, creencias, habilidades o comportamiento sobre los hábitos y estilos de vida saludable? ¿Qué podemos aprender de las personas que desertaron?

Algunos de estos indicadores y las preguntas para evaluarlos los encuentra en los anexos 3 y 4 de este documento.

A continuación, exponemos un resumen de los puntos tratados en este capítulo sobre los pasos a seguir para conseguir ejecutar un programa a nivel municipal.

Figura 4. Resumen.

	Paso 1	Hacer un diagnostico participativo Mapeo de activos
	Paso 2	Identificación de actores sociales claves Mapeo de actores
	Paso 3	Plantear los objetivos del programa
	Paso 4	Establecer las actividades e intervenciones
	Paso 5	Escribir el plan del programa
	Paso 6	Conformar alianzas
	Paso 7	Evaluar

Lecturas Recomendadas

1. Quijano Ana Maria, L. G. (2005). Guía Para el Diganostico Local Participativo: Componente Comunitario de la Estrategía AIEPI. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud .
2. Presidencia de la Republica. (2006). Accion Social. Retrieved 2011 йил sep from Manual de Formulación de Proyectos de Cooperacion Internacional: http://www.accionsocial.gov.co/documentos/891_Manualproyectos2006.pdf
3. The Community Guide. (2011). The Guide to Community Preventive Services. Retrieved 15 de Agosto de 2011 from <http://www.thecommunityguide.org/index.html>
4. Dirección de inversiones y finanzas públicas. GAPI. (2006). Metodología general ajustada, para la identificación, preparación y evaluación de proyectos de inversión. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación DNP.
5. Diana Esperanza Rivera, A. C. (2007). Movilización Social para el el Control del Cáncer en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.
6. Nutbeam. (1996). Promoción de la salud Glosario. Ginebra: WHO.
7. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review* , 84, 191-215.
8. Cortez, L. (2005). Comunicación y Desarrollo desde la Diversidad Humana . FISEC ESTRATEGIAS – Facultad de Ciencias Sociales-UNLZ.
9. Alfonso Gumucio Dagon. (n.d.). El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social. Retrieved 2011 йил Sep from <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26800101>
10. Miranda, J., & Zaman, M. (2010). Exporting “failure”: why research from rich countries may not benefit the developing world. *Rev Saúde Pública* , 44 (1), 185-9.
11. Chinnock P, S. N. (2005). Is Evidence-Based Medicine Relevant to the DevelopingWorld? *PLoS Med* , 2(5), e107. doi:10.1371/journal.pmed.0020107.
12. Judt, T. (2010). *Ill fares the land*. Penguin , Press .
13. Doyle J., W. E. (2005). Global priority setting for Cochrane systematic reviews of health promotion and public health research. Global priority setting for Cochrane systematic reviews of health promotion and public health research, *Journal of Epidemiology and Community Health* , 52, 193-197.

-
-
14. Canella, R. -T.-G.-M. (2008). Revistas Académicas de Comunicación on line. Estrategias para la Formalización de una Disciplina Compleja. FISEC-Estrategias - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora , 85-102.
 15. Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud Glosario. Ginebra.
 16. Organización Mundial de la Salud. (1995). Informe de la Reunión entre agencias sobre las estrategias de abogacía por la salud y desarrollo. comunicación para el desarrollo en acción. Ginebra: WHO.
 17. Olga Nirenber. (2006). El Diagnóstico Participativo Local en Intervenciones sociales. Centro de Apoyo al Desarrollo Local.
 18. Jan-Feb, K. J. (2000). Co-producing health: professionals and communities build on assets. Health Forum J. , 43 (1), 42.
 19. Manuel Rodríguez Rodríguez. (2009). El compromiso social de las Universidades. IV congreso internacional de universidades promotoras de salud. Pamplona.
 20. Departamento de Salud y Asistencia Pública . (2006). Manual de Evaluación de la Actividad Física. Atlanta: Departamento de Salud y Asistencia Pública & Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 21. Sanchez Norma. (2007). El Marco Lógico Metodología para la Planificación, seguimiento y evaluación de Proyectos. Visión Gerencial , 6 (2), 328-343.
 22. Isabela C. Ribeiro, A. T. (2010). Using Logic Models as Iterative Tools for Planning and Evaluating Physical Activity Promotion Programs in Curitiba, Brazil. Journal of Physical Activity and Health, 7 (Suppl 2), S155-S162.



MÓDULO 6. EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EN LOS ÁMBITOS: COMUNITARIO, LABORAL Y EDUCATIVO.

En este capítulo, se expondrán distintas experiencias que se han realizado en Colombia para la promoción de los hábitos de vida saludable. El objetivo de plantear una síntesis de experiencias es facilitar recuperación de aprendizajes y aportar un ejemplo de cómo en la práctica se aplican los conceptos y metodologías expuestas. Cada experiencia tendrá sus particularidades así corresponda al mismo ámbito, la diversidad en las regiones enriquecerá los procesos. Será interesante a corto, mediano y largo plazo compartir las experiencias adelantadas en los municipios y Departamentos en Colombia.

Es importante tener en cuenta que a la base de estas propuestas está asumir la Salud como un bien Universal y entender que promoverla implica aportar los medios para ejercer mayor control sobre esta. Los procesos entonces en cualquiera de los 4 ámbitos implicarán afectar tanto las condiciones de posibilidad como los estilos de vida a nivel individual y comunitario y promover condiciones favorables para mejorar la calidad de vida y ampliar en las comunidades posibilidades para participar en el diseño de condiciones favorables para un desarrollo humano integral. En todos los casos la gestión deberá llevar a afectar su sistema global de funcionamiento, cultura organizacional y estructura, e introducir como parte fundamental de ella, procesos a favor de la prevención de Enfermedades Crónicas No transmisibles y la Promoción de la Salud.

1. Ámbito Comunitario.

1.1. Ciclovías

A continuación se presenta un resumen de la fuente más importante sobre Ciclovías que es el Manual para implementar y promocionar la Ciclovía Recreativa de las siguientes instituciones: Organización Panamericana de la Salud, La Vía RecreActiva de Guadalajara, Facultades de Medicina e Ingeniería de la Universidad de los Andes, Bogotá Colombia y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

1. Definición de Ciclovía Recreativa:

La Ciclovía Recreativa (CR) consiste en abrir temporalmente las calles (cerrando el tránsito vehicular) a los habitantes de la ciudad para que disfruten de un espacio seguro y para realizar actividad física. Los gobiernos de las ciudades, así como los formuladores de políticas públicas, pueden encontrar en la Ciclovía un programa para promover la actividad física y recreación en sus comunidades.

Este evento se realiza durante días determinados de la semana (generalmente domingos y festivos) y tiene una duración promedio de 6 horas. El programa

puede tener diferentes nombres dependiendo del lugar en donde se realice, pero se utilizará el término de Ciclovía Recreativa, ya que es el término adoptado por la Red de Ciclovía Unidas de las Américas (CUA).

Dos ejemplos reconocidos a nivel internacional son la Ciclovía de Bogotá (cuenta con una extensión de 121 km), y la Vía RecreActiva de Guadalajara en México (extensión de 25 km). Un estudio que evaluó el costo beneficio de las ciclovías de estas dos ciudades más la de Medellín (extensión 29 km) encontró que estos programas son costo benéficos. Específicamente, el costo per cápita de los programas de Bogotá es de USD\$5,1 y para Medellín es de USD\$23,4. La razón costo beneficio en salud por la realización de Actividad Física está entre 3,23-4,26 en Bogotá y 1,83 para Medellín. Esto quiere decir que los programas de Ciclovía promueven actividad física generando beneficios más grandes que los costos, por lo que las ciclovías pueden ser consideradas como intervenciones de alto impacto para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Algunos ejemplos de programas existentes son:

Nombre	Ciudad
Brasil	
Domingo na Orla	Belo Horizonte
Ruas da Saúde	Rio de Janeiro
Canada	
Alcatel Sunday Bike-days	Ottawa
Chile	
CicloRecreoVía	Santiago
Colombia	
Ciclovía Recreovía	Bogotá
Ciclovidas comunitarias	Cali
Ciclovía o ciclopaseos	Cúcuta
Ciclovía de la Villa	Pereira
Ciclo via	Tuluá
Avenida de la juventud	Abriaquí
Carolina Saludable	Carolina del Príncipe
Encuentro en Familia	El Retiro
Ciclopaseos nocturnos	Guarne
Ciclovías recreativas	San Pedro
Ciclovía de Ibagué	Ibagué
Ciclovía de la Avenida Centenario	Armenia
Ciclovía Recreativa	Medellín
Ciclovía Recreovía	Pasto
Ciclovida	Soacha
Ecuador	
Ciclopaseo	Guayaquil
Estados Unidos	
Ciclovía El Paso/ Scenic Sundays	El Paso

Tomado de: Manual para implementar y promocionar la Ciclovía Recreativa 2009

2. Requerimientos Esenciales:

Para desarrollar e implementar un programa de Ciclovía Recreativa en una ciudad específica, se necesita de ciertos elementos esenciales como primera medida para asegurar el éxito del programa. Estos son:

- **Grupo Gestor:** está compuesto por un grupo de ciudadanos que toma la iniciativa de emprender el proyecto y por lo tanto gestiona los procesos necesarios para la implementación del programa ante las autoridades locales. El grupo gestor también se encarga de involucrar en el proceso a líderes de diferentes grupos sociales (universidades, sindicatos, cámaras de comercio, grupos religiosos, empresarios, entre otros).
- **Voluntad política del alcalde:** es muy importante contar con el apoyo del alcalde de la ciudad. Su disposición será decisiva a la hora de emprender la implementación del programa, dado que esta autoridad lo adoptará en su municipio y/o ciudad, y destinará los recursos para su instauración y operación.
- **Dependencias del Gobierno Municipal:** es necesario identificar desde un principio las dependencias del gobierno local que se encargaran de implementar el proyecto. Por ejemplo, en el caso de Bogotá, el Departamento Administrativo de Tránsito y Transporte fue la dependencia encargada del programa en su inicio; luego pasó a manos del Instituto de Recreación y Deporte.
- **Líder del Proyecto:** es la persona o grupo de personas que, por conocimiento técnico e institucional, tendrán a su cargo el desarrollo del programa.
- **Financiación:** en la mayoría de los casos los recursos para la implementación y sostenimiento del programa son de carácter público. Sin embargo, hay casos en los cuales se puede contar con financiación del sector privado.

3. Procesos para Implementar una Ciclovía Recreativa:

- 3.1 Planeación:** en esta primera etapa del programa de Ciclovía Recreativa es necesario contar con la presentación y aprobación del programa, la planeación de la ruta por la cual funcionara la CR y los estudios necesarios para su ajuste, implementación y futura evaluación.
- 3.2 Desarrollo:** consiste en la selección y adquisición del equipo logístico y el mobiliario; la convocatoria, selección y entrenamiento del recurso humano, la planeación de actividades paralelas y la divulgación del programa.

3.3 Ejecución: consiste en la puesta en marcha del programa e incluye la realización de la primera jornada, la realización de ajustes para jornadas posteriores, el seguimiento y la evaluación del programa.

3.1 Planeación:

- o Aceptación del programa

En la etapa de planeación del programa es necesario, en primer lugar, obtener la aceptación del programa. Para esto, el grupo gestor deberá realizar los siguientes pasos:

- Elaboración y presentación de la propuesta al gobierno municipal
- Aprobación del programa por parte del gobierno municipal

- o Trazado preliminar de la ruta

El diseño de la ruta debe hacerse mediante observación directa, sistemas de información geográfica (algunas ciudades cuentan con bases de datos con esta información, que pueden servir como línea de base), análisis fotográfico y datos previos de planeación urbana y transporte. En esta etapa se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Desarrollo histórico de la ciudad (identificar lugares de atracción cultural y recreativa)
- Calidad del pavimento e inclinación del terreno
- Uso del suelo
- Análisis fotográfico que ilustre la ruta y sus características físicas
- Estudio de factores de riesgo (identificar zonas vulnerables a inundaciones, incendios, violencia, accidentes, etc.)
- Accesibilidad (asegurar que la población pueda tener fácil acceso a las rutas)
- Nivel de ingresos y densidad poblacional (es muy importante considerar que el trazado incluya las diferentes zonas socioeconómicas de la ciudad o municipio)
- Conectividad (La ruta de la Ciclovía Recreativa debe trazarse de tal manera que los usuarios puedan hacer recorridos lineales o de circuito a lo largo de ella y sin interrupciones).

- o Estudios viales

Una vez se tiene la selección preliminar de la ruta para la Ciclovía Recreativa, es importante realizar estudios viales con el fin de conocer el impacto que podría traer para la ciudad el cierre de estas vías. Adicionalmente se debe realizar un conteo vehicular tanto de las vías seleccionadas como de las vías alternas, para evaluar el grado de afectación del tráfico usual en la ruta preestablecida y proyectar el aumento del tráfico en las rutas alternas.

- o Estudios sociales y de mercadeo

Estos estudios permitirán evaluar el grado de aceptación del programa por parte de los usuarios potenciales, evaluar la intención de participación en el programa y la aceptación de los horarios del mismo, así como el impacto percibido por parte de los comerciantes cuyos negocios se verán intervenidos por el programa. También permitirán caracterizar los comportamientos de la comunidad relacionados con recreación y AF, y diferentes indicadores de calidad de vida. Los estudios sociales permitirán hacer una selección de la muestra y población a estudio, diseño del cuestionario y recolección de los datos, análisis de los datos y presentación a las partes interesadas.

- o Consulta y acuerdo del programa

Este punto consiste en dar a conocer el programa a las diferentes partes interesadas. La siguiente lista incluye ejemplos de los posibles grupos a contactar:

- Instituciones Privadas (empresas de transporte, potenciales patrocinadores, clubes deportivos, instituciones académicas, asociaciones gremiales, recintos feriales, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación).
- Comunidad (potenciales usuarios, comités de vecinos y juntas de acción comunal, comerciantes, usuarios de vehículos privados, centros religiosos, hospitales, expedidores de gasolina, representantes de partidos políticos).

- o Definición, trazado de ruta definitiva y horario

Según los resultados de los estudios viales y sociales, se procede a definir cuál será la ruta definitiva de la CR. El horario debe definirse de acuerdo a la vida de la ciudad, de manera que no interrumpa con las actividades cotidianas.

- o Presentación de estudios para la aprobación por parte de las autoridades

Durante esta fase se debe compilar toda la información de los estudios la cual debe ser presentada en forma resumida ante las autoridades locales para su aprobación final.

3.2 Desarrollo

- o Selección del equipo logístico

Comprende una serie de elementos que son necesarios para ejecutar cada jornada de Ciclovía Recreativa

- Diseño: incluye la imagen y el nombre del programa, así como el logo símbolo del mismo. En esta categoría también se tienen en cuenta los uniformes del personal que trabaja en la Ciclovía Recreativa.
- Mobiliario: se entiende el uso de diversos implementos destinados a cerrar los cruces de vías, dar indicación a los automovilistas acerca de las vías o carriles habilitados como CR, identificar el programa y facilitar la actividad de los usuarios. Algunos de los principales elementos son: cintas de cerramiento, vallas, barreras plásticas de contención, reductores de velocidad, señales, elementos para control de basuras, baños públicos, centros de hidratación, etc.

- o Recurso humano

El equipo de recurso humano necesario para la realización de la CR incluye:

- Personal Administrativo (director de la CR, asistente del director, jefe operativo, coordinador de servicio social)
- Personal para la operación de las jornadas (guías o guardianes, prestadores de servicio social o voluntarios, personal de apoyo especializado de otras dependencias)

- o Capacitación del personal

El personal operativo, especialmente los guías y jefes, debe recibir un entrenamiento básico al momento de su ingreso al programa. Los temas a incluir en la capacitación son: misión del programa; ciudadanía, medio ambiente y salud, cultura vial, primeros auxilios y protección civil, manejo operativo de la CR.

- o Actividades paralelas

El programa de Ciclovía Recreativa debe ofrecer servicios variados que estén dirigidos a suplir las necesidades de recreación, deporte y uso del tiempo libre de la población. Contar con actividades paralelas es una estrategia de sostenimiento del programa, ya que contribuye a mantener el interés de la ciudadanía y a atraer nuevos usuarios.

- o Divulgación del programa

El programa de Ciclovía Recreativa debe ser dado a conocer al público en general y a los diversos grupos de la sociedad. Debe haber una divulgación al inicio del

programa y posteriormente de una manera permanente como factor importante de sostenibilidad. La divulgación debe hacerse ante el público general, ante los grupos de opinión, y ante vecinos y transportadores.

3.3 Ejecución

- o Primera jornada

Se recomienda invitar personales locales al evento de inauguración. Es de vital importancia contar con la presencia de medios masivos de comunicación.

- o ¿Cómo es una jornada de Ciclovía Recreativa?

El horario de cada jornada debe estar planeado cuidadosamente y debe estar abierto a futuros cambios según sea necesario. Se recomienda revisar el capítulo sobre ejecución del “Manual para Implementar y Promocionar la Ciclovía Recreativa”, para tener una idea clara de cómo puede planearse el transcurso de dicha jornada. Es importante tener en cuenta que se deben realizar algunas actividades rutinarias como por ejemplo el reporte de accidentes y otros eventos que puedan desarrollarse en la jornada.

- o Seguimiento y evaluación

La evaluación y seguimiento de la primera jornada provee evidencia para los encargados de tomar decisiones, los organizadores del programa y la comunidad. Esta evaluación tiene como propósitos: 1) instruir sobre los encargados de formular políticas y sobre aquellos que financian el programa, 2) desarrollar la capacidad y el compromiso de la comunidad, 3) compartir las ventajas y las desventajas percibidas por parte de la comunidad, 4) asegurar el financiamiento y la sostenibilidad a través de resultados y 5) replantear estrategias que permitan re-direccionar esfuerzos que lleven al mejoramiento del programa.

- o Afiliarse a la Red de Ciclovías Unidas de las Américas (CUA)

Con el fin de mantener un contacto permanente en el que se reciba retroalimentación y compartir experiencias con otros programas de Ciclovías Recreativas es de vital importancia que se asocien como miembros activos de la CUA: <http://www.cicloviasunidas.org/>. Colombia es uno de los países en donde esta estrategia se ha desarrollado más ampliamente y si entendemos las Ciclovías como un producto de exportación, tenemos trabajar igual de fuerte en fomentarlas como estrategias exitosas en todo el territorio Colombiano, por esto las Ciclovías de Bogotá, Medellín, Cali y Soacha como los programas más emblemáticos e importantes de Colombia y el Instituto Colombiano del Deporte –COLDEPORTES– como organismo encargado de formular, coordinar y vigilar la práctica del deporte, la recreación, la educación física, el aprovechamiento del tiempo libre y la actividad física; miembros activos de la Red Americana de Ciclovías, se reúnen con el fin de impulsar y crear la Red Colombiana de Vías Activas y Saludables –RECOVIA– en el país. Lo invitamos a conocer la página de internet y vincularse con este programa <http://recovias.org/>.

4. Herramientas para la Evaluación de la Ciclovía Recreativa

- o Estudio de las partes interesadas

Con el fin de lograr el éxito del programa, es importante realizar un análisis que permita identificar quien debe estar enterado, cuáles son sus posiciones e intereses, y como debe presentarse el programa de manera que sea atractivo. Se recomienda seguir los siguientes pasos:

- Identificar las partes interesadas (instituciones, miembros de la comunidad, redes, grupos, individuos).
- Organizar grupos focales o de discusión.
- Organizar la información obtenida en una matriz que incluya información sobre interés y poder de cada parte interesada.
- Diseñar estrategias para atraer a las diferentes partes, cómo presentar la información y el programa, de manera que les sea útil e interesante, y cómo mantener una relación con las partes.
- Establecer quién hará los contactos, cómo, y qué mensaje transmitirán.

- Estudio de Caso sobre los Determinantes del Programa

Es un análisis que permite entender qué ha ocurrido en un contexto específico y qué factores han jugado un papel importante en la implementación o mantenimiento de programas de Ciclovía Recreativa. Este tipo de estudios permite obtener recomendaciones para futuras replicas del programa, identificar factores que son clave para el mantenimiento del mismo, y entender las condiciones específicas de cada contexto. Se deben realizar los siguientes pasos:

- Revisión de la literatura con el fin de tener un panorama general del programa y su historia e identificar quiénes han sido o son los actores claves en el proceso.
- Elaboración de guías de entrevistas a diferentes actores locales
- Contacto de Informantes clave: personas que pueden proporcionar información detallada por poseer un conocimiento y/o experiencia particular en el tema (usuarios, activistas, gobierno, etc.).
- Conducción de entrevistas: Las entrevistas deben ser grabadas y luego transcritas.
- Análisis de información.

- Análisis de Redes

Busca identificar todos los posibles actores que pueden estar involucrados en el desarrollo, implementación y ejecución de la Ciclovía Recreativa, seguida de una exploración y descripción de las posibles relaciones que existen entre ellos. Es muy importante tener en cuenta que se debe hacer una adaptación cultural del cuestionario, contar con personal que tenga la capacidad de trabajar con software especializado y tener el acceso a dicho software de análisis de redes (ej. Uncinet, Pajet y R).

- Pasos para evaluar las Ciclovía Recreativa

Consisten en la aplicación de los 6 pasos del Manual de evaluación de la actividad física del Centro para el Control de Enfermedades - CDC de Estados Unidos.

1. Comprometer a los interesados y aliados: Se trata de identificar a todas las personas y organizaciones de todos los sectores que estén relacionados directa o indirectamente con los programas de Ciclovía Recreativa. Sirve para asegurar el éxito de un proceso de evaluación y su objetividad, evitando obtener solo opiniones sesgadas o desde una única perspectiva.

2. Describir el programa: El paso más importante cuando se está evaluando o planeando una estrategia es la descripción de la misma. Una descripción detallada de un programa permite retratar e ilustrar sus principales componentes para que todos los interesados y aliados comprendan de la misma forma el programa

3. Enfocar la evaluación: Identifica los propósitos y usos principales de la evaluación, así como las preguntas más apropiadas que deben formularse.

4. Reunir evidencia fehaciente: Recopila los datos que van a responder las preguntas de la evaluación y que con la retroalimentación de todos los interesados sean confiables y relevantes.

5. Fundamentar las conclusiones: realizar el análisis e interpretación de los datos obtenidos comparando resultados con indicadores de rendimiento.

6. Asegurar el uso de los resultados de la evaluación en acciones concretas y compartir las lecciones aprendidas: consiste en preparar productos tangibles de la evaluación (recomendaciones e informes), compartirlos con los interesados principales y otro público (comunicación) y hacer un seguimiento para asegurar su uso.

1.2. Muévete Bogotá

Muévete Bogotá es un programa del Instituto Distrital de Recreación y Deporte creado en 1999, como una estrategia pedagógica que busca promover la práctica regular de la actividad física de tal manera que las personas realicen en su rutina diaria 30 minutos de actividad física de una manera fácil, divertida y placentera; ya sea en la casa, en la oficina o en el lugar donde se estudia. Lo importante es que se hagan sistemáticamente ejercicios durante cinco días a la semana y por supuesto, 30 minutos al día, mediante rutinas de calidad para lograr efectos benéficos en los que el movimiento corporal suponga algún gasto energético que prevendrá riesgos en la salud a largo plazo. Muévete Bogotá tiene como objetivos:

- Informar a la población de Bogotá sobre los efectos benéficos de práctica regular de actividad física.
- Intervenir la población de Bogotá, a través de asesoría y recomendación de actividad física, medición de aptitud física y estrategias para los ámbitos educativo, comunitario, de personal de salud y en el área laboral.
- Capacitar y formar promotores y monitores de actividad física con el fin de que lideren la promoción de actividad física en los ámbitos educativo, laboral, comunitario y de instituciones de salud.

A través de vincular instituciones amigas en los diferentes ámbitos ha logrado que muchas de ellas generen sus propios programas y promuevan actividad física en su público objetivo.

En el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) se promueve de esta manera, de la mano con las instituciones educativas que se quieren vincular a este programa, la creación y sostenimiento de iniciativas e intervenciones de promoción a la actividad física en estos lugares. Vale la pena destacar que el espacio está dirigido tanto para colegios públicos como privados en las 20 localidades del Distrito Capital.

Para el ámbito comunitario se diseñó el módulo RAFI (Recomendación de actividad física), un sitio estratégicamente colocado cercano a los puntos de ciclo vía- recreo vía, centros comerciales, parques o mega eventos donde haya gran afluencia de público colocado como un modelo de atención primaria para asesorar y recomendar actividad física a los usuarios frecuentes donde el objetivo es orientar adecuadamente la práctica regular de la actividad física y sensibilizar sobre la importancia de realizar actividad física por lo menos 30 minutos diarios todos los días de la semana o la recomendación actual de acumular por lo menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada a vigorosa.

El módulo RAFI es coordinado por profesionales de Muévete Bogotá que cuenta con estaciones que permiten evaluar el riesgo para practicar, nivel de actividad física, índice de masa corporal, perímetro de cintura y la aptitud cardiovascular entregando informe sobre recomendaciones de actividad física y alimentación saludable a quienes participen. La población objetivo son todas las personas mayores de 18 y menores de 55 años, que no presenten ninguna contraindicación para realizar actividad física.

Uno de los factores de éxito identificados a nivel mundial para este tipo de intervenciones ha sido la formación adecuada de personal para multiplicar y ejemplarizar modelos activos. Por esta razón “Muévete Bogotá” realiza una vez por año la capacitación y formación de promotores y monitores en actividad física que son quienes lideran las estrategias en cada una de las instituciones con contenidos que brindan a los participantes conocimientos básicos y prácticos para identificar los beneficios, practica, orientación adecuada y creación de estrategias de actividad física para sus grupos objetivo.

1.3 Por Su Salud, Muévase Pues

Es un programa institucional de Indeportes Antioquia y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, dedicado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la práctica de la actividad física, en todos los municipios del Departamento (125 municipios). Por medio del cual se brinda una opción de lucha contra el acelerado incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo: el sedentarismo, el tabaquismo y la inadecuada alimentación.

“Por su Salud, Muévase Pues” es el ejemplo de un programa regional de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas, de tipo institucional que logró una característica muy importante: unir las Secretarías de Deporte y Salud del departamento, en pos de promocionar estilos de vida saludables, especialmente la actividad física.

Desde su inicio, ha congregado a todos los sectores de la comunidad a que participen, motivando a toda la población antioqueña a hacer parte de los diferentes planes y programas de actividad física y recreación existente en cada municipio, logrando así que la comunidad se torne cada vez más activa físicamente, buscando combatir el sedentarismo y contrarrestar los efectos negativos que éste tiene sobre la salud.

“Por su Salud, Muévase Pues” asesora y apoya, mediante visitas, capacitaciones y acompañamiento permanente en las diferentes actividades programadas por las partes, a los Entes Deportivos, a las instituciones de la salud, a las Secretarías de Educación de los municipios y, en general, a toda la población antioqueña. Así se cuenta, cada día más, con personal calificado, a lo largo de las nueve subregiones, para el adecuado desarrollo y mantenimiento de los programas.

De esta misma forma, se promueve la integración intersectorial e interinstitucional, para que todas las personas se comprometan con recursos técnicos, humanos, físicos y ambientales, para elevar el nivel de la salud y lograr una mayor socialización de la comunidad, mediante las diferentes actividades físico-deportivas y de recreación.

Mediante la utilización de ocho estrategias básicas, el grupo de trabajo del programa cumple con su labor de promocionar la salud mediante la actividad física en cada uno de los 125 municipios y 54 corregimientos, logrando la desconcentración en el Departamento y optimizando el desarrollo de las actividades, la mayor parte de estas estrategias son basadas en evidencia científica. Las otras, se están sistematizando las experiencias acumuladas, para generar bases científicas que demuestren lo exitosas que dichas intervenciones pueden ser. Estas estrategias son:

1. Descentralización y desconcentración

A través de esta estrategia el programa ha logrado posicionamiento en los municipios, mediante asesorías, sensibilizaciones, acompañamientos y capacitaciones a la comunidad en general, obteniendo pertinencia en las propuestas hechas a la población urbana y rural, en las diferentes instituciones, tales como Hospitales, Direcciones Locales de salud, Entes deportivos municipales, Instituciones educativas, entre otros. Por medio de esta estrategia se logra una cobertura del 100% del Departamento y del 30,03% del total de los corregimientos.

2. IEC (Información- Educación- Comunicación)

La OPS definió en la Carta de Ottawa, en 1986, que los medios de comunicación son actores claves para la promoción de la salud.

En 1990, en la 23 Conferencia Sanitaria Panamericana, se destacó la Comunicación Social como un elemento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades.

La comunicación en salud tiene como objetivo motivar y convencer para la toma de decisiones responsable y consciente, individual y colectiva, para que la población actúe a conciencia sobre las condiciones que afectan su salud y logren adoptar hábitos saludables.

En los diferentes programas de prevención en temas de salud es importante implementar una estrategia de información, comunicación y educación que ordene las acciones tendientes a proteger a la población de ciertas enfermedades.

La estrategia IEC es el conjunto de procedimientos, acciones y recursos que el programa "Por su salud, muévase pues" utiliza para lograr cambios culturales, en la actitud y del comportamiento hacia los estilos de vida saludables a través de las herramientas de la información, comunicación y educación, influyendo, promoviendo y motivando la práctica regular de actividad física para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles y mejorar la calidad de vida en el departamento de Antioquia.

Es así como "Por su salud, muévase pues" utiliza la comunicación como eje fundamental en su labor con los municipios del departamento, empleando información interesante y atractiva que dé por resultado estilos de vida saludable.

Con el interés de cumplir los objetivos IEC (Información – Educación y Comunicación) el Programa desarrolla diverso material, tales como:

Cartillas, volantes. Boletines, afiches, cuadernos, calendarios, plegables, publicidad grandes formatos, audiovisuales, programas de teatro, Página web, microprograma de televisión, free press, souvenir y material pedagógico.

3. Capacitación

Para cumplir con un óptimo desarrollo de las tareas en toda la población, el personal a cargo del sector salud, educación y deporte, debe estar comprometido con su trabajo y además tener una buena formación académica y pedagógica. El tener claro el manejo de los temas le permite al profesor o instructor, desarrollar clases y talleres bien estructurados que lleven a la persona a tener una buena condición física y adquirir hábitos de vida saludables. A su vez, esta preparación generará respeto por su función y las acciones de otros profesionales, posibilitando así, el acompañamiento y desarrollo de más programas.

Según la fase en la que se encuentre cada municipio y las necesidades de la comunidad, los asesores se desplazan a dictar capacitaciones en temas de higiene de la actividad física, beneficios, prescripción del ejercicio y actividad física en poblaciones especiales, con el fin de mejorar la cultura y conocimiento en torno al tema de actividad física como elemento de la salud, esto se hace a través de seminario subregionales de actividad física y salud.

4. Entornos Saludables (Centros de Promoción, kits de actividad física y Parques Activos Saludables)

Actualmente son 125 los municipios y dos hospitales que cuentan con la implementación para el funcionamiento de estos espacios educativos y de asesoría para la práctica de la actividad física de manera orientada y segura, que permiten a la población adquirir hábitos de vida sana y, ante todo, aprender que el ejercicio realizado adecuadamente previene muchas enfermedades y mejora sustancialmente la calidad de vida, convirtiéndose estos espacios en centros de encuentro municipal, no sólo para realizar actividad física, sino para hacer un adecuado uso del ocio y del tiempo libre para niños, niñas jóvenes, adultos y adultos mayores.

Es importante destacar la participación de los niños y niñas en este proceso, ya que, sus padres los desplazan a estos lugares como acompañamiento a sus prácticas físicas. Para esto se hace entrega de Centros de Promoción de la salud, los cuales son gimnasios comunitarios de fácil acceso a la población; los Kits de Actividad física, son pequeños implementos que

ayudan en la promoción de los hábitos saludables, tales como, lazos, mancuernas, Thera-ball, Thera-tubos, colchonetas, pelotas, entre otros que se entregan a Instituciones educativas y grupos gerontológicos; finalmente los parques activos saludables, son gimnasios al aire libre, con el cual se busca llegar a la población joven, propiciando espacios para el adecuado manejo del ocio y tiempo libre y disminuir así el consumo de sustancias psicoactivas.

5. Grupos de Actividad Física

Los grupos de actividad física son clubes organizados de personas, tanto hombres como mujeres, que se reúnen con un propósito común, el realizar actividad física con el fin de mejorar y mantener la salud, la apariencia física, disminuir el stress y socializar con otras personas.

Las actividades que se pueden realizar en estos grupos, varían desde las caminatas ecológicas, los aeróbicos, clases de rumba y tonificación, hasta actividades culturales y de turismo.

Para pertenecer a estos grupos, las personas sólo deben dirigirse al Ente Deportivo Municipal, a la Dirección Local de Salud o al Hospital de su municipio, donde encontrará la información necesaria para que sea un integrante más de estos grupos de actividad física. Se promueve la conformación de nuevos grupos de actividad física, ya que es una estrategia vital para promover la actividad física y otras actividades propias de las culturas de los pueblos, lo cual conlleva construcción de tejido social.

6. Mega Eventos

Son eventos de gran magnitud que son a la vez un medio de comunicación donde se está en contacto con la comunidad y permite lograr fines como sensibilizar, informar y comunicar, además es una buena estrategia de posicionamiento de imagen y de promoción de los hábitos de vida saludable, entre ellos están, Día del Movimiento, Ola del Movimiento estudiantil, encuentros de grupos de actividad física.

7. Investigación

Diferentes Investigaciones hacen parte del Programa, con el fin de dar sustento teórico a las diferentes propuestas que se trasladen a los municipios del Departamento de Antioquia, además de tener evidencia

científica de lo que ocurre en nuestro Departamento en torno a la actividad física y la salud. Entre ellas están:

1. Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas
2. Características de la práctica de la actividad física y su relación con los factores de riesgo cardiovascular en la población entre 25 y 50 años de la zona urbana del municipio de Santa Rosa de Osos.
3. Actitud, percepciones y prácticas corporales de población usuaria adulta de programas de actividad física en Antioquia
4. Intervención integral para la reducción de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos entre 30-60 años con Síndrome metabólico del municipio de Valparaíso- Antioquia en el año 2011-Estudio Piloto

8. Alianzas

El apoyo constante de la Gobernación de Antioquia con la inclusión del programa en el plan de acción Departamental, la Dirección Seccional de Salud y protección social de Antioquia e INDEPORTES Antioquia, por posicionar y fortalecer la actividad física en el Departamento, han posibilitado el posicionamiento del Programa “Por su salud, muévase pues”, a nivel regional, nacional e internacional. Además el compromiso de muchos municipios frente a la actividad física y la salud, ha propiciado un mayor conocimiento frente a la temática tratada, lo cual se ha generado a través de alianzas entre el sector deporte, educación y salud, tanto a nivel departamental, como a nivel municipal.

1.4 REDCOLAF

La Red Colombiana de actividad Física (REDCOLAF) fue fundada el 4 de octubre de 2002 en la ciudad de Pereira (Colombia), en dicha oportunidad todos aquellos programas departamentales y de ciudades, así como instituciones de educación, organismos públicos y privados se reunieron en torno a una red cuyo primer compromiso fue el de compartir información y experiencias propias sobre la promoción, como se verá adelante en un aparte de este mismo documento.

La estrategia de crear una Red Nacional que se alimenta de redes locales proporcionan una excelente estrategia en la promoción de la actividad física visto desde un escenario local, nacional e internacional.

La Red fue concebida como un movimiento nacional de programas de promoción de actividad física y fue creada con la asesoría de CDC CELAFICS y con el apoyo de Coldeportes Nacional. En la actualidad la página web es <http://www.redcolaf.com>

Los Objetivos son aumentar el conocimiento sobre los beneficios de la actividad física para la salud, compartir las intervenciones exitosas con programas nacionales; producción y difusión de evidencias científicas, estimular la creación de políticas públicas en el área de la actividad física.

REDCOLAF parte de una definición: Una Red Social es una estructura social compuesta de personas u organizaciones u otras entidades, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes, intercambios económicos, o que comparten algunas creencias, conocimientos practicas o prestigio.

En el futuro el apoyo en las redes sociales será una magnifica estrategia de trabajo, coordinación y plataforma para que todos los programas del país encuentren semejantes con diversas estrategias y así puedan inter- cambiar información y experiencias exitosas.

2. Ámbito Laboral.

2.1. Muévete Trabajador

En el ámbito laboral existe la semana “Muévete Trabajador”, una iniciativa en la cual las empresas amigas o que se hayan vinculado al programa, organizan entre sus empleados actividades para promover la actividad física y la sana integración entre toda la planta de personal y de paso mejorar lograr un mejoramiento sustancial del ambiente laboral.

La misión principal de “Muévete Trabajador” es buscar mejorar los hábitos de los trabajadores para que al incluir en sus hábitos diarios una buena dosis de actividad física, gocen de una salud óptima. Es así como los objetivos de esta iniciativa son:

- Incrementar el conocimiento y la sensibilización hacia la actividad física.
- Aumentar la calidad y la cantidad de actividad física.
- Incrementar el conocimiento acerca de las recomendaciones mínimas de actividad física para tener una salud óptima y conocer si usted las cumple o no.
- Animarse a iniciar la práctica de actividad física, incrementarla o mantenerla.

Así es como la semana funciona

- i. **INSCRIPCION:** Las empresas que decidan participar en esta actividad, se inscriben en la coordinación del programa Muévete Bogotá mínimo una Semana antes de la programación determinada, o en el parque de cada localidad o vía correo electrónico a muevete.bogota@idrd.gov.co, esta deberá indicar número aproximado de participantes y el cronograma con la descripción breve y detallada de las actividades que realizarán diariamente indicando la hora y la duración de cada una.
- ii. **SENSIBILIZACION:** Durante las semanas previas a la celebración de Muévete Trabajador el equipo de Muévete Bogotá realiza jornadas de sensibilización en las empresas inscritas y envían mensajes y ayudas como videos, cartillas de tal manera que tengan herramientas para utilizar en la semana.
- iii. **CELEBRACION SEMANA MUEVETE TRABAJADOR:** Durante la primera semana del mes de mayo cada institución celebra a través de estrategias de información, educación y comunicación, actividades de promoción de actividad física logrando la participación de la mayor parte de sus empleados.
- iv. **ENTREGA REGISTRO SEMANA MUEVETE TRABAJADOR:** Cada empresa entrega un registro de sus actividades mostrando evidencias de lo realizado.
- v. **ENCUENTRO SALUDABLE Y ACTIVO.** La semana concluye con la realización de un encuentro saludable y activo entre equipo conformados por 10 personas que representan las instituciones y compiten en pruebas de conocimiento, baile, habilidades y coordinación, logrando al final tener un Campeón de la semana de Muévete Trabajador.

2.2. Petrobras Colombia

La empresa Petrobras en Colombia ha realizado desde 2003 diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con 385 trabajadores de la empresa. Los programas incluyen la prevención del consumo de alcohol y tabaco, alimentación saludable y actividad física que se resumen en la siguiente tabla:

Sector o Actividad Económica	No. Trabajadores Localización	Nombre de la experiencia o programa y/o lemas de campañas	Año de inicio
Extracción de petróleo y de gas natural. Incluye solamente a empresas dedicadas a la exploración, explotación y/o refinación de petróleo y gas natural	385	Prevención del consumo y dependencia de Alcohol y/o Tabaco – Promoción de la salud	2003
	Bogotá	Medición de Alcohol en aliento para control de acceso y para permanencia dentro de las instalaciones de Petrobras Colombia	2003
Elaboración de productos derivados del petróleo, fuera de refinería como bases lubricantes, combustibles y disolventes adicionando antioxidantes, y antidesgaste y anticorrosivo	Purificación, Maní, Melgar, Monterrey, Tauramena	Promoción de Alimentación Saludable en Petrobras Colombia	2007
	Yaguará, Neiva, Cali, Paipa, Barranquilla, Monte Líbano, Cerrejón, Santa Martha	Cumplimiento de adecuación de las Unidades de Alimentación y Nutrición - Casinos - en Petrobras Colombia	2008
		Evaluación Nutricional Periódica	2008
		Programa de Actividad Física – Promoción de la salud	2004

a) Prevención del consumo y dependencia de Alcohol y/o Tabaco – Promoción de la salud

Las empresas cada vez se preocupan más con el consumo excesivo de alcohol y/o tabaco, especialmente por los impactos causados a la salud de sus empleados y a la seguridad dentro y fuera del trabajo. En este contexto, es importante la Prevención del Consumo y Dependencia de Alcohol y/o Tabaco en una empresa de extracción y procesamiento de petróleo. Esta empresa orienta sus actividades preventivas al cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Facilitar y motivar la participación de los empleados de Petrobras Colombia en esta actividad.
- Apoyar y dar soporte a todas las necesidades relacionadas con la salud y calidad de vida.
- Actuar en la prevención del consumo excesivo y/o dependencia al alcohol y/o tabaco de los empleados de Petrobras Colombia, reduciendo sus impactos en el ambiente de trabajo y fuera de él.

- Promover la salud física, psicoemocional y social de los empleados de Petrobras Colombia, con el propósito de reducir los factores de riesgo de enfermedades, y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida dentro y fuera del trabajo y a la sostenibilidad de las áreas de negocio y servicios.
- Auspiciar el cambio de estilo de vida de los empleados de Petrobras Colombia como principal acción para la promoción de la salud y calidad de vida.
- Promover una participación activa de todos los niveles de la Compañía en la prevención y control de los efectos causados por el consumo excesivo y/o la dependencia al alcohol y/o el tabaco.
- Incentivar la mejoría de la calidad de vida de los empleados de Petrobras y de sus familiares, a través del conocimiento del tema y estimulando el auto-cuidado.
- Evitar el deterioro o afectación de las relaciones entre empleado / empleado, empleado/Compañía y empleado/familiares generado por el consumo de alcohol.
- Evitar el deterioro o afectación de las relaciones entre empleado/empleado, empleado/Compañía y empleado/familiares por el consumo de tabaco.
- Capacitar a los empleados con función gerencial y de supervisión para la detección precoz de las situaciones relacionadas con el consumo excesivo y/o dependencia al alcohol y/o tabaco para orientar al equipo de trabajo.
- Apoyar el tratamiento y facilitar la recuperación y retorno al trabajo del empleado de Petrobras Colombia al ambiente de trabajo.
- Contribuir a la preservación de la integridad física de los empleados, patrimonio y medio ambiente.
- Sensibilizar a los empleados de Petrobras Colombia y sus familias sobre el tema de la responsabilidad frente al contexto donde se encuentran incluidos.
- Reducir los costos directos e indirectos generados por el consumo del alcohol y/o tabaco y desarrollar actividades que promuevan la prevención.

b) Promoción de alimentación saludable

La alimentación saludable hace parte de la promoción de la salud y adopción de estilos de vida saludable, para prevenir y controlar los factores de riesgo y enfermedades. En Petrobras Colombia se siguen los siguientes principios sobre alimentación:

- La alimentación de los empleados es indispensable para la vida y para el trabajo, respetando necesidades individuales y colectivas, considerando hábitos alimentarios, culturales y regionales. No obstante, se deben respetar los principios básicos que guardan relación entre prácticas alimentarias, promoción de salud y prevención de enfermedades.
- La promoción de una alimentación saludable involucra la distribución de una alimentación saludable, nutricionalmente equilibrada y segura, desde el punto de vista microbiológico y acciones de educación alimentaria y nutricional. Es importante revisar los valores y actitudes de todos los aspectos involucrados para la implementación de acciones de alimentación saludable.
- Una alimentación insuficiente o inadecuada se considera como situación de riesgo, siendo una de las principales causas de enfermedades crónicas no transmisibles, sujetas a alteración y control para la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud.
- Es importante tener en cuenta factores de riesgo relacionados con aspectos organizacionales (ambiente y condiciones de trabajo) e individuales. Las alteraciones provenientes de ingestión de alimentos contaminados se catalogan como accidentes de trabajo cuando Petrobras Colombia suministra los alimentos. Estos, deben ser registrados, investigados, comunicados y tratados.
- Las acciones que involucren la alimentación saludable deben abarcar todos los procesos, desde adquisición, recibo, almacenamiento, preparación, cocción, distribución y desecho de residuos de alimentos.

Este programa involucra todas las situaciones en donde se realice el suministro de alimentación a los empleados propios directos y propios indirectos de Petrobras Colombia, es decir donde la Compañía contrata, escoge y ofrece alimentación a los trabajadores, considerando, las diferentes áreas de proceso y suministro de alimentos descritas a continuación:

- Interno. Alimentación producida y distribuida dentro de las instalaciones físicas de la Compañía por una empresa contratista.
- Externo. La alimentación es producida y distribuida en áreas externas de la Compañía, como por ejemplo hoteles, centros de convenciones, etc, generalmente contratados para eventos, reuniones, entrenamientos, entre otros.
- Mixto. La alimentación es producida externamente, siendo transportada y distribuida en las instalaciones de la Compañía.

c) Programa de actividad física

Las acciones de promoción de la actividad física deben hacer parte de los abordajes a la fuerza de trabajo y ser estructuradas en dos ejes: Promoción del estilo de vida activo y actividad física estructurada.

Promoción del estilo de vida activo

Los objetivos de la promoción del estilo de vida activo son:

- Difundir la práctica regular de la actividad física incorporada a las acciones diarias.
- Incrementar el conocimiento de la fuerza de trabajo sobre los beneficios de la actividad física.
- Implementar acciones que incentiven y faciliten la adopción del estilo de vida activo en su fuerza de trabajo.

Las actividades de promoción de una vida activa deben tener tres áreas de alcance

- Individual. Acciones relacionadas directamente con la intervención en la conducta de las personas, a través del aumento del conocimiento de los beneficios de la actividad física y de la incorporación diaria de la práctica de la actividad física.
- Ambiente social. Acciones relacionadas al apoyo del ambiente social, tales como: establecimiento de normas, estándares, así como, definiciones de presupuestos e incentivos.
- Ambiente físico. Acciones relacionadas con la adecuación del ambiente físico, tanto natural como construido.

Estrategias para implementación de las acciones de promoción de una vida activa:

- Capacitación. Los profesionales de salud deben recibir capacitación para servir como multiplicadores del concepto 30 minutos diarios.
- Asociaciones internas. Comunicación Institucional, Recursos Humanos, Gerencias de Operación, entre otros.
- Asociaciones externas. Convenios con centros médicos deportivos, articulación con entidades gubernamentales y no gubernamentales.
- Elaboración del material técnico, didáctico y de divulgación para el apoyo de las acciones definidas.

Actividad Física Estructurada

La implantación de la actividad física estructurada comprende actividades desarrolladas de manera planeada, con objetivos específicos definidos, partiendo de orientaciones de profesional técnico especializado. Esas actividades incluyen: acondicionamiento físico, gimnasia laboral y actividades deportivas

El objetivo de la actividad física estructurada es:

- Mejorar la aptitud física para el desempeño de las funciones laborales específicas, así como, la reducción y control de los factores de riesgo específicos de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Las actividades de la actividad física estructurada son:

- Acondicionamiento Físico. Consiste en implantar actividades que propicien la mejora de la aptitud física y la adopción de hábitos de vida saludables y deben:
- Dar prioridad al aumento de la aptitud cardiorrespiratoria, de la fuerza muscular y de la flexibilidad.
- Ser orientadas por profesionales habilitados y especializados.
- Ser desarrolladas para grupos específicos de empleados (Riesgo Cardiovascular, Brigadistas, Síndrome Metabólico, etc.), buscando mejoras en la aptitud física para el desempeño de las funciones laborales específicas, así como, la reducción y control de los factores de riesgo específicos de las enfermedades.
- Gimnasia Laboral. Es una actividad que busca mejorar la condición física del individuo en su trabajo, además de propiciar la mejoría del ambiente y la integración de la fuerza de trabajo. La implantación de la gimnasia laboral debe ser el resultado de la demanda gerencial o de recomendación del área de la salud y debe ser planeada de acuerdo con las condiciones y tareas inherentes a las actividades laborales.
- Actividades Deportivas. Consiste en mejorar el desempeño, incluyendo aspectos competitivos. Las actividades deportivas programadas por la Gerencia de Recursos Humanos deben ser apoyadas por el área de salud ocupacional y cumplir con las exigencias del presente estándar. Los participantes deberán tener un Certificado de Salud para la Práctica de Ejercicio Físico específico para esa práctica.

3. Ámbito Escolar (Educativo).

3.1. Muévete Escolar

La estrategia MUÉVETE ESCOLAR, es una propuesta trabajada desde el año 2002 en Bogotá que busca movilizar a toda la comunidad educativa en torno a la importancia de la práctica regular de Actividad Física y Alimentación Sana, teniendo como objetivos principales:

1. Centrar la atención en torno al conocimiento y la práctica de actividad física y alimentación sana como hábitos que generan bienestar físico y mental a lo largo de la vida.
2. Promover la creación y sostenimiento de iniciativas e intervenciones efectivas de promoción de actividad física en los colegios públicos y privados del Distrito.

Mediante la vinculación de los colegios como instituciones amigas Muévete Bogotá asesora y atiende a través de la siguiente estructura:

1. Vinculación de la institución educativa.
2. Presentación y sensibilización general para directivos y docentes del proyecto a implementar.
3. Proceso de Capacitación y entrenamiento de los promotores en temas de Actividad física y salud, Intervenciones efectivas para promover actividad física en el ámbito escolar, basadas en educación física, Integración curricular, Recreo Activo y Actividades extraescolares.
4. Diseño del programa de promoción de Actividad Física dentro de la institución (diseño, nombre, mensaje y logo).
5. Implementación de fase activa (implementación estrategias o programa).

En los primeros años se logró la participación de algunos colegios que durante un día celebraron actividades de promoción de actividad física. En el año 2006 se dedicó una semana a múltiples actividades de información, educación y comunicación, practica de actividad física, aprovechamiento de los espacios y actualmente logrando la integración curricular, como una manera de fomentar hábitos de vida saludables en niños y jóvenes aprovechando no solo de la clase de educación física sino también los otros espacios académicos para articular el tema de actividad física y alimentación Sana.

Cada colegio diseñaba su propia estrategia y el programa los asesoraba y motivaba para que implementaran un programa permanente y no solo eventos

Una de las principales estrategias que el programa utilizó para vincular instituciones y promover más el mensaje de actividad física 60 minutos, es la celebración de la Semana “Muévete Escolar”, en la última semana del mes de septiembre de cada año.

Los resultados de Muévete Escolar desde el año 2002 y hasta el 2011 han mostrado como muchos de ellos han implementado la estrategia generando algún tipo de promoción de actividad física (educativa, informativa o de intervención).

En evaluación realizada mediante encuesta a inicios el año 2008, 32 colegios reportaron haber celebrado la semana Muévete Escolar, 25 han participado en programas de capacitación con Muévete Bogotá, 22 de ellos manifestaron que la estrategia de promoción de actividad física o programa han resultado efectivos en su institución.

3.2. Universidades promotoras de Salud

Contexto Internacional: Desde el año 2003 se ha ido fortaleciendo un movimiento internacional que plantea que en las Universidades e instituciones de Educación Superior, es importante favorecer ambientes físicos, psíquicos y sociales que aporten a mejorar la calidad de vida de sus miembros, y se traduzcan en cambios culturales en los que se logre prevenir comportamientos de riesgo, promover la salud y asumir individual y colectivamente prácticas de auto cuidado y de cuidado mutuo.

Se plantean como fundamentales las siguientes preguntas: ¿cómo desde las Instituciones de Educación Superior (IES) se puede aportar a mejorar las condiciones de salud de las regiones y países?, ¿cómo pueden articularse con esfuerzos locales y nacionales orientados a mejorar la salud en los países?, ¿cómo pueden contribuir las IES a hacer realidad los pronunciamientos mundiales: Salud no es solamente ausencia de enfermedad, Salud es un bien necesario para el bienestar y el progreso, Salud es un derecho humano, Salud es desarrollo, y cómo pueden aportar al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

La concreción, proyección y sostenibilidad de esta apuesta a favor de la salud, requiere diseñar estrategias que permitan formar un capital humano capaz de su auto cuidado y de promover la salud; estas estrategias deben formar parte del plan de las Instituciones Educativas de tal forma que se evidencie voluntad institucional que permita avanzar decidida e intencionadamente para favorecer, habilitar y empoderar a estudiantes, profesores y empleados para ser multiplicadores y agentes de un cambio cultural que posicione la salud como un derecho de todos y una realidad posible para cada uno.

El proceso se ha ido consolidando con mucha fuerza. Diferentes países del mundo han apropiado este proceso y buscan complementar sus esfuerzos con los del Estado (salud y educación), en favor de un objetivo común que requiere aunar esfuerzos y avanzar articulada y decididamente para lograr mejores condiciones para la salud, el bienestar y la calidad de vida. “Una Universidad Promotora de Salud incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian y trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos y/o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, de sus entornos y de la sociedad en general”²

“El gran desafío para el diseño, ejecución y evaluación de las estrategias de la Promoción de la Salud en el ámbito académico consiste en la aplicación apropiada, pertinente y creativa de marcos teóricos que faciliten el mejoramiento de la salud, el bienestar y la calidad de vida y las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo saludable de las poblaciones. El rol de las universidades en este aspecto es vital, especialmente desde el punto de vista de la formación, capacitación, investigación y evaluación”³

²Lange I, Vio F. Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. 2006.

³Ippolito-Shepherd, 2009. Presentación en el marco del IV Congreso Internacional Universidades Promotoras de Salud. Navarra España.

En el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud⁴, se plantea que para consolidar en las Instituciones de Educación Superior estos procesos transversales de desarrollo institucional centrados en la promoción de la salud, resulta indispensable:

- Integrar en los currículos de todas las carreras, la perspectiva de promoción de la salud,
- Fortalecer la investigación en promoción de la salud generando conocimientos que lleven a una cualificación permanente de las estrategias de intervención,
- Reforzar modelos participativos a favor de abordajes integrales desde perspectivas interdisciplinarias que se vean enriquecidos con el aporte permanente de todos los miembros de las comunidades educativas (estudiantes, profesores, empleados).

⁴Pamplona, España, Universidad Pública de Navarra, 2009.

Se plantea entonces que avanzando en estos tres ejes se lograrán cambios culturales que conlleven el mejoramiento de las condiciones para la salud en las comunidades educativas, las ciudades, los países y en el mundo.

Una Institución de Educación Superior Saludable es un faro que guía un proceso permanente de mejoramiento de las condiciones de participación, articulación de esfuerzos y salud de todos sus miembros. Ser Promotora de Salud da cuenta de las actitudes, acciones, estrategias que evidencian la existencia de una voluntad institucional y de un proceso que se adelanta, se evalúa, se proyecta y se fortalece aportando a la salud de estudiantes, profesores, empleados y Directivos de la Comunidad Educativa.

La estrategia Universidades Promotoras de Salud es entonces, una oportunidad para empoderar a personas y comunidades en el cuidado de la salud y para articular recursos. Este movimiento en Colombia se construye con el apoyo del Ministerio del Ministerio de Educación Nacional, del Ministerio de Salud y Protección, del Instituto Nacional de Salud, la Organización Panamericana de la Salud; vincula a IES públicas y privadas de diferentes ciudades del país; promueve el fortalecimiento de nodos regionales y cuenta con un equipo coordinador que dinamiza un proceso participativo abriendo canales de comunicación, tendiendo puentes entre procesos que pueden potenciarse al formalizarse sinergias entre ellos y abre alternativas de apoyo mutuo y socialización de aprendizajes con miras a avanzar como país en un proyecto común a favor de la promoción de la salud.

Las acciones de promoción de la salud implican: elaborar una política pública saludable, crear entornos favorables, desarrollar las habilidades personales, reorientar los servicios sanitarios y fortalecer la acción comunitaria.

En este proceso, un concepto fundamental es el del Empoderamiento, definido como la apropiación de la responsabilidad y posibilidad de aportar al mejoramiento de condiciones de salud (individual-colectiva). Implica compartir el poder y la responsabilidad para incidir en el cuidado de la salud y el mejoramiento de condiciones, fortalecer capacidad, favorecer la participación y aumentar la percepción que se tiene sobre la capacidad para incidir (círculo de influencia).

Pasar de la sensación de que nuestra salud y bienestar no depende de nosotros a la certeza de que podemos hacer muchas cosas para mejorar las condiciones de salud integral individual y colectiva (bienestar, desarrollo humano, calidad de vida). Plantea una corresponsabilidad entre individuos, instituciones, el Estado y los formuladores de políticas y personas con cambios favorables y dinamizar procesos.

En este modelo al definir niveles que requerirán favorecer articulación de experiencias, recursos y perspectivas, resulta fundamental considerar que el proceso implicará gestión en los niveles institucional, inter institucional, regional, nacional (educación y salud) e internacional (Redes que trabajan el tema y aportan al avance del proceso).

La metodología en todos los niveles plantea retos comunes: involucra a todos los actores que pueden aportar teniendo en cuenta que cuando se habla de empoderar y habilitar a personas y grupos frente al cuidado de la salud individual y colectiva nos referimos a todos los individuos inmersos en una realidad dinámica, compleja que puede ser transformada al favorecer cambios culturales que impliquen personas e instituciones en los procesos de diagnóstico, el diseño de estrategias, toma de decisiones, ejecución de intervenciones, evaluación y en el desarrollo de investigaciones que generen conocimientos sobre promoción de la salud y lleven a la cualificación de estrategias que la posicionen como una realidad posible e importante.

Fundamental resulta entonces garantizar la participación y eso sólo es posible si se fortalece la capacidad de intervenir y se abren posibilidades de acceso permanentes a espacios de formación y actualización, si se fomenta el trabajo interdisciplinario se favorecen sinergias y trabajo en RED y se incorporan como prácticas cotidianas documentar, socializar y potenciar experiencias que aporten al logro de objetivos comunes.

En todos los casos resulta fundamental reconocer la autonomía basada en el reconocimiento y valoración de las diferencias de funcionamiento de las entidades gubernamentales y privadas en el desarrollo y participación de estos espacios para así poder definir unos límites y alcances reales.

Contexto en Colombia. Se ha encontrado como importante posicionar el tema a nivel institucional, local y regional y en este proceso el fortalecimiento de

los nodos regionales resulta como fundamental. Se plantea como necesaria entonces la formulación de un proyecto común de desarrollo transversal encaminado a la promoción de la salud y con una clara formulación de la forma como se logrará un complemento entre las Instituciones de Educación Superior y el Estado (autoridades regionales responsables de la salud en la región (Secretaría de Salud, Secretaría de Educación) y autoridades nacionales: Ministerio de Educación, y Ministerio de la Protección Social. Se ha avanzado en la generación de mecanismos para garantizar continuidad en el logro de objetivos: sostenibilidad del proceso, motivar desde un ente municipal y departamental a las diferentes instituciones que participarán del proceso estableciendo unos compromisos claros en términos de objetivos, logros e indicadores teniendo claridad sobre los alcances y resultados esperados de los participantes (complemento- corresponsabilidad).

El proceso seguido en Colombia es joven pero evidencia la importancia de conocer y apropiarse de conocimientos que permitan el diseño, implementación y evaluación de proyectos realizables en el ambiente universitario. Adicionalmente se ha planteado como fundamental favorecer espacios para la socialización del conocimiento en el tema, nutrirse de las experiencias existentes, favorecer el apoyo mutuo, la generación de sinergias para adelantar un proceso nacional con objetivos compartidos que contribuya a mejorar la formación integral de nuestros profesionales, a favorecer una cultura de auto cuidado y a luchar por mejorar las condiciones de salud en nuestro país.

La Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS) contó en el evento realizado en el año 2010, con el apoyo del Ministerio de la protección Social, Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Educación, OPS, FES y la participación de 130 personas de 44 Instituciones de Educación Superior del país. Se han seguido uniendo a esta iniciativa personas e instituciones que se identifican en la Declaración Bogotá 2010 y encuentran en este espacio un escenario favorable para lograr sinergias a favor del objetivo compartido de aportar al mejoramiento de las condiciones de salud en las comunidades educativas y en Colombia. Son bienvenidas a este proceso todas las personas (estudiantes, profesionales) interesados en formarse para trabajar en promoción de la Salud en contextos educativos, todas las Universidades y Redes Colombianas que trabajan a favor de la salud de los miembros de sus Comunidades Educativas y encuentran en la Estrategia Universidades Promotoras de Salud una herramienta para articular esfuerzos y dinamizar sinergias, todas las instituciones gubernamentales que vean en la posibilidad de articulación con las Universidades una oportunidad para aportar a la salud del país.

Experiencia en la Universidad Javeriana: Con este contexto internacional y nacional, la Pontificia Universidad Javeriana inicia su proceso de fortalecimiento como promotora de salud en el año 2003 y comparte los aprendizajes derivados de esta experiencia con el fin de aportar a quienes se motivan por dinamizar procesos con objetivos comunes. Este proceso se ha realizado en tres fases. En la primera fase de la preparación, se discutió el marco conceptual y se creó el equipo asesor; en la segunda fase, la operativización ha incluido la obtención

de información sobre el perfil de riesgo y la situación de salud, la articulación de las diferentes instancias universitarias, la integración de la educación para el auto cuidado a los currículos y la ejecución de acciones específicas de promoción y prevención; en la tercera fase, de la consolidación se plantea la formulación de políticas institucionales y la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación permanente.

Retomando la Misión de la Universidad⁵, desde la opción por fortalecerla como una universidad Promotora de salud, se aportará desde la investigación, la formación integral centrada en los currículos, al fortalecimiento de su condición de universidad interdisciplinaria y vigorizando su presencia en el país. Específicamente se contribuirá a la solución de los siguientes problemas: la instrumentalización del ser humano, la intolerancia y el desconocimiento de la pluralidad y la diversidad, la discriminación social y la irracionalidad en el manejo del medio ambiente y de los recursos naturales.

⁵En el inmediato futuro, la Universidad Javeriana impulsará prioritariamente la investigación y la formación integral centrada en los currículos; fortalecerá su condición de universidad interdisciplinaria; y vigorizará su presencia en el país, contribuyendo especialmente a la solución de las problemáticas siguientes: La crisis ética y la instrumentalización del ser humano, el poco aprecio de los valores de la nacionalidad y la falta de conciencia sobre la identidad cultural, la intolerancia y el desconocimiento de la pluralidad y la diversidad, la discriminación social y la concentración del poder económico y político, la inadecuación e ineficiencia de sus principales instituciones, la deficiencia y la lentitud en el desarrollo científico y tecnológico, la irracionalidad en el manejo del medio ambiente y de los recursos naturales". Acuerdo No. 0066 del Consejo Directivo Universitario, 22 de abril de 1992.

⁶Proceso participativo, basado en identificación de actores, recursos, potencialidades, expectativas, oportunidades de comunicación; tendiente a movilizar apropiación de los retos y la puesta en juego de experiencias y aporten a favor del logro de objetivos comunes favorecedores de avance en el fortalecimiento de nuestra Universidad como saludable. Corresponsabilidad Academia – Medio – instancias administrativas.

Para avanzar en el proceso de fortalecimiento de la Institución como Universidad Saludable, se parte desde el Equipo Interdisciplinario Asesor, de un concepto amplio e integral de la salud, que retoma claridades plasmadas en Alma Ata 1978 "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud", y el de Promoción de la salud expresado en la carta de Ottawa 1986 "La Promoción de la Salud consiste en el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla".

Conscientes de que generar una cultura saludable no depende únicamente de las personas, y reconociendo la importancia de trabajar en la estructura y en la formulación de políticas, de esta forma, este proceso adelantado con un modelo participativo⁶, se ha construido gracias a una voluntad institucional y con la participación de la comunidad universitaria, ha sido permanentemente asesorado por un equipo Interdisciplinario que vincula a las facultades, los centros de la Vicerrectoría del Medio Universitario y a Salud Ocupacional.

El proceso ha implicado el diseño de estrategias de educación para la salud que favorezcan en los miembros de la Comunidad Educativa Javeriana, educación para el auto cuidado y la ejecución de acciones específicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; ha sido claro, que generar una cultura saludable no depende únicamente de las personas y que resulta indispensable trabajar en la estructura, políticas y decisiones estratégicas. Conscientes de esto, este proyecto ha sido construido con la participación de la comunidad universitaria y avanza trabajando por mejorar los estilos de vida individual y colectiva y reforzando valores como la solidaridad y la responsabilidad.

Considerando lo anterior, todos los miembros de la Comunidad Educativa están llamados a aportar al proceso, desde su papel en la Universidad (la docencia, la administración, las compras y la oferta de servicios, la alta dirección, y desde el rol de estudiantes). Lograr este cambio cultural a favor de la salud requiere un aporte de todos, que se concrete en los principios que inspiran las decisiones que se tomen cotidianamente y que estas se orienten a la promoción de la salud y calidad de vida de las personas que conforman la comunidad educativa Javeriana. Una de las metas es que se planteen institucionalmente unos principios mínimos de actuación que lleven a minimizar factores de riesgo y a fortalecer la salud integral y el bienestar colectivo. Igualmente que desde las condiciones mismas de la Universidad, se aporte a la disminución de las inequidades e injusticias sociales abriendo posibilidades de construir mejores entornos y transformar hacia una mejor sociedad, interviniendo aquellas condiciones susceptibles de ser favorecedoras de opciones saludables que puedan asumirse libremente.

Aprendizajes importantes del proceso adelantado entre 2003 y 2011:

A nivel de comunicación institucional:

- Avance en términos de proceso.
- Proceso dinámico: capitalizar experiencia: socializar el proceso.
- Corresponsabilidad.
- Todos podemos aportar (estudiantes, profesores, empleados). Visibilizar aportes.
- Diálogo academia, Medio Universitario e instancias administrativas: Articulación de esfuerzos, fortalezas, recursos.

A nivel metodológico:

- Planeación específica enmarcada en planeación Institucional.
- Reconocimiento institucional, proceso claro y organizado pero flexible.
- Caracterización de necesidades: Proceso dinámico hacia mayores comprensiones de nuestras necesidades de salud.
- Monitoreo y evaluación.
- Aprendizajes derivados del análisis conjunto y sistemático de la experiencia y de las dificultades.

A nivel estratégico:

- Complemento al POS. No suplir la responsabilidad del Estado.

- Alianzas estratégicas: unir esfuerzos y saberes nos ha hecho más fuertes, y nos ha dado más posibilidades de crecer y desarrollarnos como seres humanos, como profesionales y como ciudadanos.
- Recuperación de experiencias: Reconocimiento mutuo, valoración de posibilidades de aporte mutuo.
- Publicar experiencias: Favorece recuperación de aprendizajes, organización de ideas, socialización a la comunidad educativa: reconocimiento, aportar a otros. Publicaciones internas, publicaciones a nivel nacional e internacional.

Proceso a nivel de estilos de vida saludables en los tres temas:

Se ha trabajado sinérgicamente con todos los actores que pueden aportar tanto a su evaluación como al diseño de estrategias pedagógicas y al mejoramiento de condiciones. Se elaboró en el año 2011 un sistema de vigilancia para evaluar periódicamente la evolución de estos temas en la Comunidad Educativa Javeriana.

Alimentación Saludable:

Partiendo de los objetivos de fortalecer el campus universitario como un entorno favorable para desarrollar hábitos alimenticios saludables y ofrecer espacios formativos que aporten conocimientos sobre alimentación saludable y favorezcan el desarrollo de habilidades necesarias para incorporarlos, se han trabajado en dos niveles: Fortalecimiento del campus como entorno favorable, lo que ha implicado diseño de estrategias en articulación con Servicios de Alimentación que dan origen al planteamiento de esta opción como una meta de planeación, que ha llevado a un incremento de la oferta de alimentos saludables en la Universidad y la inclusión de alternativas saludables en la oferta de alimentos, actividades lúdicas para reforzar el consumo de frutas y verduras y alimentos funcionales (en el marco del evento Semanas de la Vida Saludable).

En cuanto al objetivo de ofrecer espacios formativos que aporten conocimientos sobre alimentación saludable y favorezcan el desarrollo de habilidades necesarias para incorporarlos, se han vinculado al diseño de estrategias el Departamento de nutrición de la Facultad de Ciencias, la facultad de medicina y la facultad de enfermería. Todos estos actores son parte de un equipo interdisciplinario que monitorea el tema en la Universidad y orienta el diseño de estrategias pedagógicas. A este nivel se destacan las actividades: desayunos saludables, los talleres de elaboración de alimentos, las recetas saludables y un sitio web actualizado para favorecer la cobertura de la estrategia.

http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_medio/plt_prog_usaludable/Alimentaci%F3n%20Saludable

Control del consumo de cigarrillo en el campus:

Con relación al consumo de cigarrillo en el campus y conscientes de nuestra responsabilidad como Universidad, iniciamos en el año 2007 un proceso de posicionamiento del aire puro como derecho de todos; se reconoce el derecho de los fumadores y la libertad individual frente a prácticas, y abogamos por los derechos colectivos al poder tener en ambientes cerrados, espacios libres de humo de cigarrillo, de tal forma que nuestras decisiones individuales no afecten negativamente a otros, forzándolos a ser fumadores pasivos.

El trabajo ha articulado esfuerzos entre la Dirección de Recursos Físicos, la Dirección de Servicios Universitarios, la Dirección General de Recursos Humanos, las Facultades y el Programa Universidad Saludable de la Vicerrectoría del Medio Universitario, ha permitido avances importantes en este tema y nos plantea nuevos retos que debemos asumir con el compromiso y participación de todos, con la conciencia de la importancia de unir esfuerzos a favor del bien común.

A la fecha contamos en el campus con una normatividad clara y explícita en las áreas comunes a través de una señalización positiva, novedosa que ha favorecido identificación, reflexión y empoderamiento (control social y participación). Adicionalmente, se ha diseñado un proceso de acompañamiento pedagógico favorecedor de actitudes saludables y contamos con el aporte de diferentes unidades, dependencias y estamentos. Se diseña un material pedagógico específico para empleados y para estudiantes se dinamiza participación a través de la realización de trabajos académicos sobre el tema y la participación en un concurso para el diseño de piezas gráficas. Adicionalmente, se diseñó un procedimiento para el trámite de quejas.

Como un servicio de apoyo a los miembros de la Comunidad Educativa que quieren dejar de fumar, se abre en el 2009, la Clínica de acompañamiento para dejar de fumar, un servicio enmarcado en el Programa de Mantenimiento de la Salud, ofrecido por un equipo interdisciplinario para apoyar, acompañar y ofrecer opciones terapéuticas a los miembros de la Comunidad Educativa Javeriana que quieran dejar de fumar. El equipo Médico del Consultorio ha sido invitado por el Instituto Nacional de Cancerología a participar en la elaboración de las guías nacionales de para la cesación del hábito de fumar.

http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_medio/plt_prog_usaludable/Espacios%20Cerrados%20Libres%20de%20Humo

Actividad física:

La Universidad cuenta con uno de los mejores Centros deportivos universitarios del País, cuya misión es apoyar el desarrollo de las potencialidades corporales. Para ello se han diseñado programas de actividad física, ejercicio, recreación y deporte en los cuales los miembros de la Comunidad Educativa disfrutan de numerosas actividades en medio de un sano ambiente de fraternidad y alegría.

Este programa brinda un acompañamiento integral a la Comunidad Educativa Javeriana que participa en los diferentes programas de actividad física, ejercicio

y deporte que ofrece el Centro Javeriano de Formación Deportiva, a través de profesionales de las Ciencias Aplicadas a la Actividad Física y el Deporte.

Cuenta con un equipo de profesionales altamente calificado, especialistas en actividad física, ejercicio físico y deporte, para cubrir las necesidades de la población físicamente activa y que hacen acreditables los servicios prestados.

Programa de Formación en Actividad Física y Deportes Tiene a su cargo el apoyo logístico y administrativo a las asignaturas de ejercicio físico y deportes, junto a la organización administrativa y pedagógica de la Escuela de Formación Deportiva, la cual está dirigida a los niños que son familiares de empleados y profesores de la Universidad.

Asignaturas de Actividad Física y Deportes: Acondicionamiento físico, aeróbicos, atletismo, baloncesto, capoeira, cardiovascular, ciclismo bajo techo, fuerza, fútbol, fútbol sala, karate, taekwondo, tenis de campo, tenis de mesa, squash, ultimate y voleibol.

Escuela de Formación Deportiva: Desarrollo pre-deportivo, baloncesto, fútbol, natación, patinaje, taekwondo, tenis de campo, squash y voleibol.

Actualmente se adelanta una investigación que aporte una línea de base y oriente el proceso con miras a reforzar la Actividad Física en los miembros de la Comunidad Educativa.

http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_medio/plt_serv_centrojaveriano/Programaci%F3n

Lecturas Recomendadas

1. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de nutrición, estilos de vida saludables y enfermedades no transmisibles, La Vía RecreActiva de Guadalajara, Facultades de Medicina e Ingeniería de la Universidad de los Andes, Bogotá Colombia, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2009) Manual para implementar y promocionar la Ciclovía Recreativa. Consultada el 18 de noviembre de 2011 en: <http://cicloviarecreativa.uniandes.edu.co/index.html>
2. Sarmiento, O.L. (2008). La Ciclovía un Espacio sin ruido y sin contaminación. Nota Uniandina, págs. 52-54.
3. Sarmiento, O.L. (2010). The Ciclovía-Recreativa: A Mass-Recreational Program With Public Health Potential. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(Suppl 2), S163-S18.
4. Montes F.(2010) Cost-benefit analysis through complexity theory of physical activity for Ciclovía programs of Bogotá, Medellín and Guadalajara users. Tesis de Maestría en Ingeniería Industrial de la Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.
5. Departamento de Salud y Asistencia Pública de los Estados Unidos. (2006). Manual de evaluación de la actividad física. Atlanta, Estados Unidos.
6. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Cultura Recreación y Deporte. Programas: muévete Bogotá, muévete escolar y muévete trabajador. (2011) Reseñas de los programas consultadas en las siguientes páginas web, el 18 de noviembre de 2011. http://www.idrd.gov.co/htms/seccion-muvete-bogot_19.html
<http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/portal/node/107>
7. Gámez R, P. D. (2006). Muévete Bogotá: promoting physical activity with a network of partner companies. *Promotion and Education*, 13(2), 164-9.
8. García Sánchez V. (2010). Libérate del estrés del trabajo. Bogotá: Universidad del Rosario.
9. Indeportes Antioquia y Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2011). Programa por su salud muévase púes <http://www.muevasepues.gov.co/>
10. Quintero M.A. Experiencia comunitaria, programa de actividad física "Por Su Salud, Muévase Pues" Recuperado en Septiembre de 2011, de http://www.rafapana.org/files/attachments/370_PorSuSaludMuevasePues-INDEPORTES.pdf

11. REDCOLAF. La Red Colombiana de actividad Física (2011) <http://www.redcolaf.com>
12. Muévete Escolar. (2010). Mejores Prácticas en la Promoción de la Actividad Física en el Ámbito Escolar de Bogotá. Bogotá: Universidad del Rosario.
13. Guía Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior (2003), ITA Lange, Directora Ejecutiva UC Saludable, Pontificia Universidad Católica de Chile, Fernando Vio Director INTA, Universidad de Chile. <http://javeriana.edu.co/redcups/biblioteca.htm>
14. Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? Rev Panam Salud Pública. 2008; 24(2):139–46. <http://javeriana.edu.co/redcups/biblioteca.htm>
15. Manuel Rodríguez Jefe del Servicio de Promoción de Salud y Planes Integrales Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Universidad y estilos de vida, IV congreso internacional de universidades promotoras de salud el compromiso social de las Universidades Pamplona. Octubre de 2009. <http://javeriana.edu.co/redcups/biblioteca.htm>
16. Josefa Ippolito-Shepherd PROMOCIÓN DE LA SALUD: Experiencias internacionales en escuelas y universidades ed. Paidós 2010.
17. La Pontificia Universidad Javeriana como un escenario para la promoción de la salud. Granados M.C., Alba L.H., Becerra N.A. Universitas Medica. Revista de Medicina Familiar. Vol 50 No. 2 de 2009.

ANEXO 1: Comunicación para el cambio

La comunicación como proceso dinámico, debe estar intencionalmente dirigida y sistemáticamente planificada a la consecución de cambios concretos y la transformación de las condiciones o situaciones que se plantean como importantes en cada comunidad. Todos los esfuerzos traducidos en proyectos, programas y políticas de desarrollo alcanzarán los objetivos propuestos más fácilmente si propician un diálogo intercultural y a partir de allí, construyen consensos y soluciones de manera participativa, desde la comunidad. “La esfera pública es el lugar de encuentro de la interculturalidad y debería ser el espacio de negociación en el que las culturas se enriquecen mutuamente, intercambiando lo mejor de sus valores y de sus expresiones.” (Alfonso Gumucio Dagron)

Una adecuada comunicación permite la apropiación de las políticas e iniciativas de desarrollo por parte de los actores sociales –ya no beneficiarios- y por ende, su empoderamiento con identidad, la coordinación de necesidades y la creatividad para atenderlas. Entonces la comunicación despliega sus estrategias para convertirse en facilitadora de la participación ciudadana y la movilización social, no sólo para encontrar soluciones al subdesarrollo, sino también para fortalecer los sistemas democráticos imprescindibles para alcanzar el bienestar común con justicia y equidad.

Existe un creciente debate acerca de la pertinencia de adoptar intervenciones y políticas basadas en la evidencia acumulada en países de altos ingresos como lo es Estados Unidos (Miranda & Zaman, 2010) (Chinnock P, 2005) Principalmente, el adaptar recomendaciones sin que primero sufran una adaptación cultural y de contexto local dificulta y reduce la capacidad de que estas sean totalmente exitosas. Se ha llegado a hablar incluso de como el adoptar políticas económicas y sociales que han sido exitosas en países de Norte América y Europa, en países de bajos y medianos ingresos, sin antes garantizar que existan los recursos e infraestructura adecuados, puede llegar a representar una forma sutil de colonización, especialmente si se tienen en cuenta las grandes brechas sociales y económicas existentes en nuestros países (Judt, 2010). En este sentido y cuando aplicamos este raciocinio al área de la salud pública y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables nos damos cuenta de la importancia de adoptar recomendaciones que sean sensibles a nuestro contexto y cultura. Sin embargo es importante no caer en la trampa de la validación de todo tipo de cuestionarios y herramientas, ya que esto pueden llevar a la inacción y al malgaste de recursos humanos y económicos que son escasos de por si (Doyle J., 2005). Es necesario realizar adaptaciones culturales y evaluaciones locales a programas y estrategias que han funcionado en otros países, para lograr de esta forma una mayor autonomía y capacidad de decisión. Esto también permitirá tener un mayor efecto positivo sobre el cambio que será por ende apropiado

social y culturalmente para nuestro entorno. De esta forma, no debemos solamente enfocarnos en estrategias basadas en la evidencia, sino también en las estrategias basadas en la práctica y en la comunidad.

No es posible pensar en las relaciones humanas sin tomar en cuenta la cultura, espectro inherente desde el cual cada humano se abre al otro para relacionarse. Este enfoque de la comunicación enmarcada en los principios de democracia e interculturalidad-, a su vez, conduce a la construcción de un marco ético (sistema de valores en el que el respeto por el 'otro diferente' es primordial) que la regula. "Cada ser humano se define como sujeto ético mientras se descubre como un ser que vive con otros." (Canella, 2008)

En este marco las estrategias de la comunicación deben combinar modos y herramientas capaces de propiciar la expresión ciudadana y dar cuenta de la cultura desde la cual se manifiestan los ciudadanos, por tanto deben ser dinámicas, flexibles y adaptables. Consideramos que este es un derrotero capaz de provocar los cambios de la comunicación hasta ahora tendiente a la homogenización, por una comunicación para la diversidad, para lo humano. "Por lo mismo, las estrategias de comunicación más exitosas son aquellas que fortalecen los propios canales de comunicación tradicionales, amplificando las voces locales y anclándose en la cultura." (Canella, 2008)

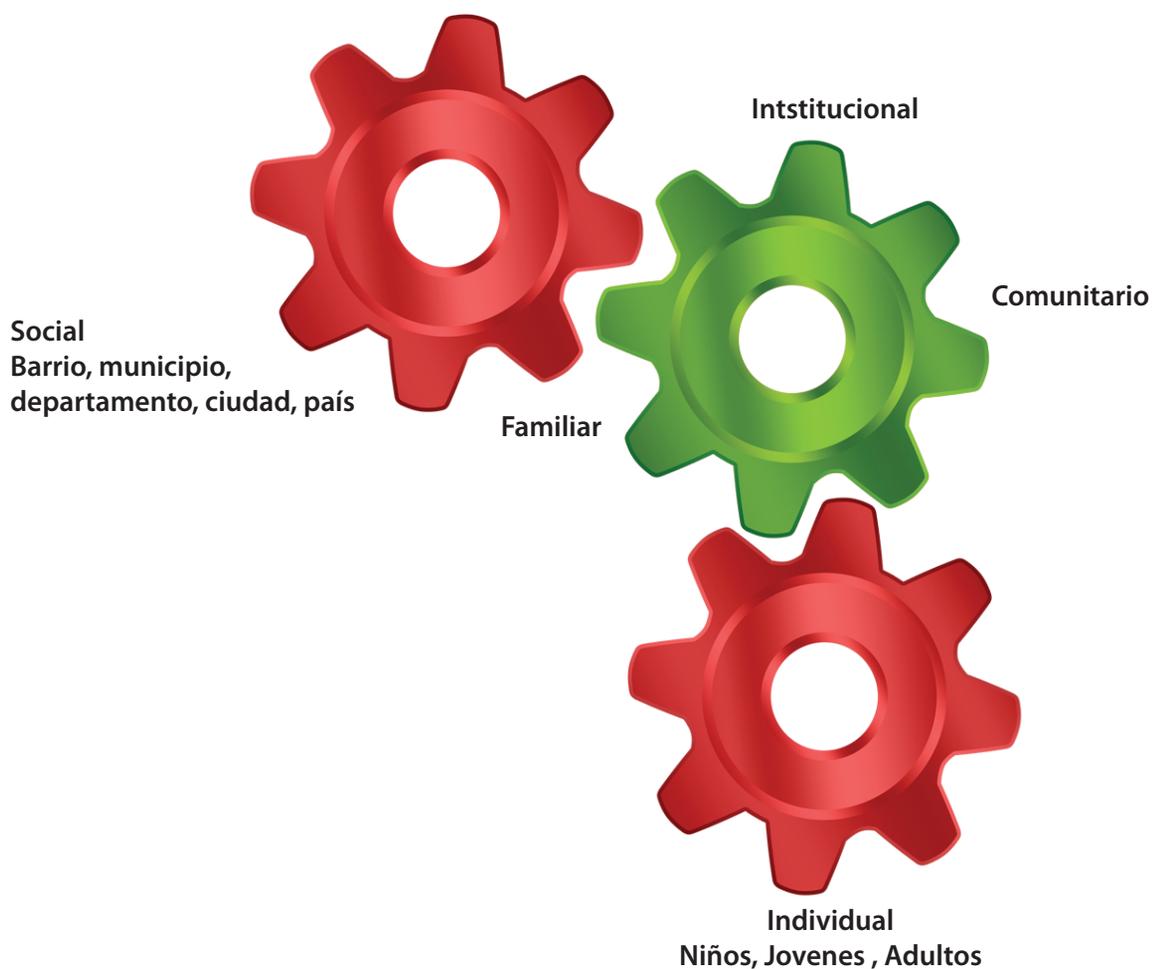
La comunicación utiliza el diálogo que lleva a la identificación del problema, la toma de decisiones y la aplicación en la solución de los problemas, en la priorización de los problemas que se van a intervenir, la definición del proceso que se adelantará, el diseño de las estrategias y las acciones de monitoreo y evaluación. Implica entonces, reconocer a las personas de la comunidad no como objetos del cambio, sino como personas y comunidades agentes de su propio cambio. En este sentido, el diálogo y la escucha activa son prácticas fundamentales y abren procesos de aprendizaje y posibilidades para los cambios deseados que definitivamente serán cambios mutuos, no sólo individuales o unilaterales. (Alfonso Gumucio Dagon)

Todos los actores, los gestores y monitores que se afectan positivamente por los cambios, dan lugar a estilos de vida más saludables, familias más saludables, comunidades más saludables, municipios más saludables y países más saludables. No sólo se trata de mejorar las condiciones de salud para otros, la salud de quienes la agencian es no solo importante sino garante de proyectos coherentemente construidos y proyectados en los que los logros positivos afectan a todos los que participan en los procesos.

La comunicación implicará un proceso de aproximación, sensibilización, identificación de líderes, conformación de grupos de apoyo en la gestión, formación de multiplicadores y profundización en las problemáticas (creencias, representaciones sociales de la salud, la enfermedad, estado de los estilos de vida, el auto cuidado y la prevención). La comunicación deberá tener un carácter bi-direccional logrando así simultáneamente intervenir y profundizar en la comprensión de la problemática. (Cortez, 2005)

En este proceso, movilizar recursos para generar cambios tiene como base el empoderamiento individual y colectivo (niveles de cambio), el cual requerirá de gestores y monitores capaces de adelantar acciones de abogacía con tomadores de decisión. La dinámica dará como resultado comunidades convencidas de la importancia y las bondades de los cambios esperados. Los cambios se dan entonces a nivel individual, familiar, institucional y comunitario y se potencian entre sí. Ver grafico niveles de cambio.

Gráfico 1. Niveles de cambio.



La conciencia de los beneficios favorece la motivación y la sostenibilidad en los procesos de cambio, por esta razón, resulta fundamental reforzar la auto eficacia, ya que en la medida que la persona cuente con, las habilidades y destrezas necesarias, la información adecuada, una actitud positiva hacia el cambio que se desea, una motivación y un ambiente que facilite el cambio, se favorece la práctica del nuevo comportamiento.

La comunicación nos permite definir con la comunidad la mejor estrategia para caracterizar el problema de salud, identificar con ellos las barreras y facilitadores para promover el comportamiento esperado, seleccionar con ellos aquellos comportamientos prioritarios que se van a promover, identificar los recursos y espacios de comunicación, monitorear juntos el proceso y aprender de las dificultades. Gestores, monitores, actores sociales claves y beneficiarios son parte del mismo equipo y unen experiencias, saberes y recursos a favor de la salud.

Puesto que los cambios esperados requieren logros a nivel de condiciones favorecedoras en el entorno social, en el ambiente y en los comportamientos individuales; el modelo ecológico de intervención en cualquier hábito de salud es el más adecuado. Este modelo incluye los factores intrapersonales (biológicos, demográficos, de conocimiento, afectivos comportamiento), sociales (políticas de incentivo, apoyo social por la empresa, escuela, familia o conyugue) y un ambiente natural y construido (que faciliten la adopción de prácticas de cambio de comportamiento como construcción de avientes de recreación, etc). (Mclory, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988)

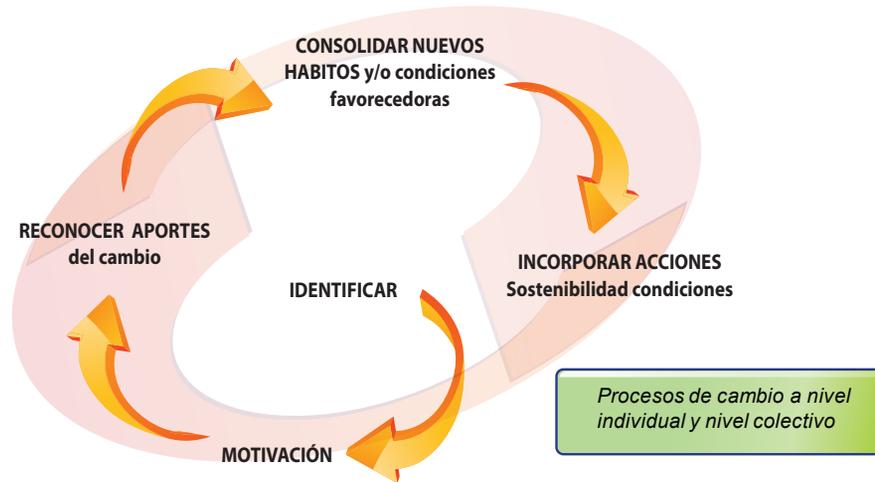
Los estilos de vida poco saludables se construyen y refuerzan en el contexto, se gestan en contextos particulares y es en ellos donde pueden ser transformados en procesos que afecten positivamente las condiciones contextuales y los comportamientos individuales dando lugar a nuevas condiciones, nuevas percepciones, nuevas posibilidades para decidir y nuevas acciones.

¿Cómo favorecer procesos de cambio de comportamiento a partir de la comunicación?

Así como el individuo puede llegar a generar cambios de comportamiento, la evidencia y el alcance de las intervenciones enfocadas únicamente en el individuo son limitadas si no se cuenta con un ambiente propicio y unos cambios estructurales que le permitan adoptar comportamientos saludables. No es suficiente que el individuo decida cambiar sino que es necesario que además estén dadas las condiciones en su entorno laboral de estudio, en su hogar, en el municipio, la ciudad que le permitan adoptar estos cambios fácilmente.

Estos cambios a su vez implican procesos para identificar lo que necesitamos cambiar, motivar el cambio y empoderar su gestión, visibilizar los aportes derivados de los cambios de tal manera que se consoliden los nuevos hábitos y las condiciones que los favorecen.

Gráfico 2. Procesos de cambio a nivel individual y colectivo.



El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambios de comportamiento: pues en él influyen factores personales, interpersonales, institucionales, comunitarios y de política pública que deben considerarse en las intervenciones.

Identificación de barreras

Son aquellos factores sociales, culturales, económicos, geográficos y cognitivos que impiden que la población o que el individuo adopte los hábitos o prácticas deseables. Estos pueden ser individuales, familiares, de la comunidad, de las instituciones.

Identificación de facilitadores

Son aquellos factores que ayudan a que la población adopte los hábitos o prácticas deseables. Estos también pueden ser individuales, familiares, de la comunidad, de las instituciones.

Comunicación Interpersonal: Se produce “cara a cara” o “frente a frente” para abordar un problema en particular. Puede ser:

- **Personalizada:** tiene un potencial motivador y educativo. Prototipo de este tipo de comunicación son la consejería y la orientación individual.
- **Interpersonal grupal:** se produce cuando se establece un contacto entre una persona y un grupo a través del intercambio de experiencias, análisis reflexivo y búsqueda de soluciones. Ejemplos de este tipo de comunicación son las sesiones demostrativas, los talleres de capacitación en grupo, el aprendizaje derivado de problemas y la experiencia y apoyo de pares.

Público Objetivo Primario: es aquel segmento de la población que tiene mayores posibilidades de responder a la propuesta de cambio de comportamiento, debido a que puede acceder y disponer de soluciones que le permitan abordar el problema y experimentar con ellas. (Alfonso Gumucio Dagron).

Las siguientes preguntas facilitan la elección del Público Objetivo Primario:

- ¿Quiénes están directamente afectados por el problema?
- ¿Quiénes responderán mejor al intento de cambio?
- ¿A quiénes se puede comunicar mejor el mensaje?

Público Objetivo Secundario: lo conforman aquellas personas que no son destinatarias directas de la intervención. Actúan como intermediarios de los procesos de cambio de comportamiento, o como facilitadores o motivadores de la adopción de los comportamientos esperados. (Alfonso Gumucio Dagron). Como por ejemplo proveedores de salud, agentes comunales, líderes locales, miembros de la familia, vecinos, maestros, etc.

Las siguientes preguntas facilitan la elección del público objetivo secundario:

- ¿Quiénes pueden influir en el Público Objetivo Primario para la toma de decisiones?
- ¿Quiénes nos pueden dar ideas sobre cómo fomentar el cambio de comportamiento en el Público Objetivo Primario?

Aliados Estratégicos: son aquellos actores sociales o instituciones que nos pueden ayudar a resolver el problema, y por lo tanto a lograr los cambios de

comportamiento (Ejemplo: alcaldes, dirigentes comunales, maestros, líderes religiosos, periodistas o comunicadores).

Las siguientes preguntas facilitan la elección de los aliados estratégicos:

- ¿Qué instituciones nos pueden ayudar a multiplicar los efectos que esperamos en el Público Objetivo Primario?
- ¿A qué actores sociales, líderes de opinión, personal del equipo de salud de nuestra organización, podemos involucrar para generar corrientes de opinión favorables a los procesos de cambio de comportamiento que estamos proponiendo?

Los argumentos deben comunicarse a los actores claves:

- Lo que es necesario que hagan: Orienta el proceso.
- Porque vale la pena hacerlo: Justifica el esfuerzo.
- El impacto positivo de esta acción: Los beneficios derivados del cambio que estamos promoviendo.

Nuestra comunicación es eficaz si:

- Recupera información necesaria.
- Da la información necesaria - que sea entendida y asimilada, lo aportado se deriva en comportamientos concretos: mejoría en condiciones o estilos de vida.
- Genera cambios cotidianos favorecedores del mantenimiento de la salud individual y colectiva.

Lecturas Recomendadas

1. Alfonso Gumucio Dagron. (n.d.). El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social. Retrieved 2011 Septiembre from <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26800101>
2. Miranda, J., & Zaman, M. (2010). Exporting "failure": why research from rich countries may not benefit the developing world. *Rev Saúde Pública* , 44 (1), 185-9.
3. Chinnock P,S.N.(2005).Is Evidence-Based Medicine Relevant to the Developing World? *PLoS Med* , 2 (5), e107. doi:10.1371/journal.pmed.0020107.
4. Judt, T. (2010). *Ill fares the land*. Penguin , Press .
5. Doyle J., W. E. (2005). Global priority setting for Cochrane systematic reviews of health promotion and public health research. Global priority setting for Cochrane systematic reviews of health promotion and public health research, *Journal of Epidemiology and Community Health* , 52, 193-197.
6. Canella, R. -T.-G.-M. (2008). *Revistas Académicas de Comunicación on line. Estrategias para la Formalización de una Disciplina Compleja*. FISEC-Estrategias - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora , 85-102.
7. Cortez, L. (2005). *Comunicación y Desarrollo desde la Diversidad Humana* . FISEC ESTRATEGIAS – Facultad de Ciencias Sociales-UNLZ.
8. Mclory, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q* , 15 (4), 351-377.

ANEXO 2: Fuentes de financiación del proyecto planteado por los gestores y/o monitores

Presupuesto general de la nación

El DNP y la MGA evidencian que el proyecto se debe pasar bajo un ambiente constitucional. Destacan en primera medida la Constitución Política que en su artículo 339 define lo que es un plan nacional de desarrollo que contiene una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. Este plan de inversiones públicas contendrá los presupuestos plurianuales de los programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros para su ejecución. “Las entidades territoriales laborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo”. El objetivo de los gestores y monitores del proyecto ECNT es colocar en la palestra pública el proyecto, evidenciando que es estratégico para la salud de la población colombiana. A través de los planes de desarrollo departamentales y municipales, agendar o introducir el proyecto para que destinen presupuesto para su vida a través del tiempo.

El decreto 111 de 1996 en su artículo 8 señala que el Plan Operativo Anual de Inversiones que está ajustado al Plan nacional de Inversiones, señalará los proyectos de inversión clasificados por sectores órganos y programas. Todos los proyectos deberán estar registrados en el Banco de programas y proyectos, es decir, después de un estudio minucioso los proyectos quedan registrados. La ley 152 de 1994 en su artículo 27 define el banco de proyectos como un instrumento para el registro y sistematización de proyectos viables en materia técnica, ambiental y socio-económica, previamente evaluados por los entes competentes.

El Departamento Nacional de Planeación (DNP) conjuntamente con el Fondo Nacional de Proyectos para el Desarrollo, reglamentan el funcionamiento del Banco Nacional de Programas y Proyectos.

Además el DNP elabora unas metodologías para que los proyectos ingresen y sean actualizados periódicamente. Estas metodologías muestran los pasos que se deben seguir para que los proyectos sean financiados o cofinanciados con el presupuesto general de la nación⁷. Todos estos proyectos deben usar la metodología general ajustada (vista anteriormente) para que les provea de la ficha EBI (estadística básica de inversión). Esta ficha muestra las generalidades del proyecto, su impacto y evaluación.

El artículo 4 de la resolución 0806 de 2005 señala que existe un “Sistema de Seguimiento y Evaluación de Proyectos de Inversión, SSEPI. Los departamentos, distritos y municipios deberán registrar sus proyectos de inversión en el aplicativo “Sistema de Seguimiento y Evaluación de Proyectos de Inversión,

⁷Mirar el manual de procedimientos del banco de programas y proyectos de inversión nacional, BPIN. Departamento Nacional de Planeación. Página de internet: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/LinkClick.aspx?fileticket=K-Rx6eQebPg%3D&tabid=169>

SSEPI”, diseñado por el Departamento Nacional de Planeación para el registro de proyectos susceptibles de ser financiados con recursos de los presupuestos departamental, distrital y/o municipal. Para el registro de dichos proyectos de inversión deberá diligenciarse la Metodología General Ajustada y la Ficha, EBI, correspondiente”. Es importante que los gestores y monitores del proyecto ECNT conozcan este sistema, lo aprendan y puedan pasar los proyectos a nivel departamental y municipal. En principio tiene que verificar que los municipios cuenten con un banco de proyectos avalados por el DNP.

La financiación de la inversión social municipal

La descentralización fiscal fundamentada en la transferencia del IVA a los municipios por parte de la Nación, y la posibilidad de éstos para generar sus propios recursos a través del impuesto predial y los de industria y comercio (Decreto Ley 1333 abril de 1986).

En 1986 se establece un sistema de transferencias que cede a los entes territoriales el 50% del IVA. La Constitución Política de 1991 sustituye el IVA por transferencias del 46% de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), compuestos por recursos tributarios y no tributarios, es decir, impuestos, tasas, etc. Se configura desde entonces, una descentralización sectorial donde los diferentes niveles de la nación se reparten competencias del manejo de dichos sectores.

La Constitución de 1991, mediante sus artículos 356 y 357, otorgó nuevas responsabilidades y recursos a los gobiernos territoriales profundizando el proceso de descentralización en Colombia.

Se definió el Situado Fiscal para los departamentos.

Se estableció la participación de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación como un porcentaje creciente. Además, se dieron algunos parámetros generales para la distribución de los recursos, entre ellos: usuarios actuales y potenciales, pobreza y esfuerzo fiscal.

Beneficiarios del sistema general de participaciones

- Departamentos
- Distritos
- Municipios
- Entidades territoriales indígenas
- Resguardos indígenas

Fuentes de financiación

Ley 1111 de 2006 Normas en materia tributaria

El 75% para el plan sectorial de fomento, promoción y desarrollo del deporte

y la recreación, escenarios deportivos incluidos los accesos en las zonas de influencia de los mismos, así como para la atención de los juegos deportivos nacionales y los juegos paraolímpicos nacionales, los compromisos del ciclo olímpico y paralímpico que adquiera la Nación y la preparación y participación de los deportistas en todos los juegos mencionados y los del calendario único nacional.

El 25 % restante será girado al Distrito Capital y a los departamentos, para que mediante convenio con los municipios y/o distritos que presenten proyectos que sean debidamente viabilizados, se destine a programas de fomento y apoyo deportivo e infraestructura, atendiendo los criterios del sistema general de participación, establecidos en la ley 715 de 2001 y también, el fomento, promoción y desarrollo de la cultura y la actividad artística colombiana.

Los pasos anteriores se dan en el caso en que se busca financiación para el proyecto de la nación a cargo del presupuesto general. Sin embargo se puede buscar financiación del proyecto con cooperación internacional.

Financiación de los Proyectos a Través de la Cooperación Internacional

Acción Social publicó un manual para facilitar la presentación de proyectos ante los cooperantes. Aunque no es la única metodología que existe para pasar proyectos de cooperación internacional, si es una buena lectura concisa e ilustrativa. En este apartado resumiremos las ideas claves de este documento.

La cooperación internacional se define como la ayuda otorgada de naciones más desarrolladas en puntos estratégicos de naciones menos desarrolladas. Las ayudas que provee son de cooperación técnica, que básicamente es ayuda en equipos, tecnología, conocimientos, etc. El otro tipo de ayuda que brinda es la cooperación financiera con recursos no reembolsables.

Los recursos son fácilmente brindados si los proyectos hacen parte de un programa, o hacen parte de un Plan Nacional de Desarrollo. El proyecto ECNT intrínsecamente hace parte del plan de desarrollo del gobierno de Juan Manuel Santos como lo describimos anteriormente.

Criterios para la selección de proyectos de cooperación internacional

Los criterios generales de la cooperación internacional para aceptar proyectos, es que estos estén encaminados a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM. A nivel nacional deben estar en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo, departamental y municipal; siete herramientas de equidad; visión Colombia segundo centenario: 2019; y la estrategia nacional de cooperación internacional.⁸

Adicionalmente, los proyectos deben garantizar sostenibilidad y sus capacidades se deben multiplicar y replicar. Una medida importante es que los proyectos deben contener el componente participativo, de tal manera que vincule a los beneficiarios en su formulación y ejecución. Los proyectos municipales para

⁸Estos documentos se los puede encontrar en la página web del departamento nacional de planeación DNP www.dnp.gov.co. El documento de estrategia nacional de cooperación internacional se lo puede encontrar en la página web www.accionsocial.gov.co.

la promoción de la AF, la alimentación saludable y el control del consumo de tabaco debe ser participativo. Otro de los criterios técnicos es que los proyectos tengan temas como la perspectiva de género, sostenibilidad ambiental y la contribución a la reducción de la pobreza.

El ciclo de vida del proyecto de cooperación internacional⁹

Una primera etapa es la programación, en esta se observa si la iniciativa se encuentra dentro de las líneas programáticas definidas por las fuentes cooperantes. Además existen oficinas de cooperación internacional en los ministerios y algunos establecimientos públicos del orden nacional. Algunas de ellas cumplen el papel de “punto focal” de organismos internacionales con misión sectorial. Esto significa que ellas coordinan y manejan algunas de las líneas o programas de cooperación, como es el caso de los Ministerios de la Protección Social (como enlace con la OIT para los temas de empleo y con OPS/OMS para los temas de salud), Educación (UNESCO y SECAB), o Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (punto focal de algunos programas de medio ambiente). También en algunas Gobernaciones de Departamento, y municipios como Medellín, se han establecido unidades con funciones relacionadas con la cooperación internacional, que apoyan a las entidades y comunidades en la gestión de ayuda externa (Acción Social, 2007).

Con respecto a los entes territoriales se ha hecho un gran esfuerzo para cumplir con la cooperación internacional. En Colombia la Federación Colombiana de Municipios ha desarrollado una coordinación de esta modalidad de cooperación y ofrece a los municipios asesoría sobre la materia.¹⁰

Los tipos de proyectos que son aplicables a la cooperación internacional son los siguientes:

- **Atención o Prestación de Servicios:** con la ejecución de sus actividades se entrega directamente un servicio a los beneficiarios.
- **Productivos:** su finalidad es el apoyo de procesos productivos, que promuevan mejores ingresos a las comunidades más vulnerables.
- **Fortalecimiento Institucional:** En estos proyectos se pretende que la entidad o entidades incrementen su capacidad de gestión para cumplir su función pública en forma más efectiva.
- **Investigación y Desarrollo Tecnológico:** Su característica es crear o ampliar el conocimiento, así como apropiar tecnologías, cuyos resultados contribuyen al desarrollo de la población.
- **Prevención:** buscan mitigar el impacto de fenómenos de diversa índole en la población. Son proyectos que incluyen capacitación a grupos de población, asistencia técnica a personas vulnerables, y campañas de divulgación, entre otros aspectos. En esta modalidad está el proyecto ECNT
- **Capacitación o Entrenamiento:** tienen como objetivo mejorar la capacidad de los funcionarios o de la población en un área específica

⁹Este esquema es muy parecido al enfoque de ciclo de políticas. Ya que trae pasos consecutivos o secuencias del proyecto

¹⁰Se recomienda consultar sobre cooperación descentralizada en la siguiente dirección de la FCM: Carrera 7 N. 74-56, Piso 18. Tel: 593 4020. Bogotá D.C. - Colombia. Y en www.fcm.org.co

Siguiendo con el tema del ciclo de la vida del proyecto, después de la programación sigue la identificación. Es la formulación inicial de la idea de proyecto, definir posibles grupos objetivo (análisis de involucrados), análisis inicial de problemas, análisis de objetivos y de alternativas para brindar solución a los problemas. Una vez identificado se procede al diseño y la formulación. Para esto se debe definir una matriz de planificación del proyecto y la programación de actividades y de recursos en un posible plan operativo. Se analiza la estructura de los medios-fines sugerida por el marco lógico.

Después de diseñar y formular se prosigue con la ejecución y el seguimiento. El documento de Acción Social señala a este respecto que: “por lo general el instrumento utilizado para diseñar la ejecución del proyecto es el Plan Operativo o Plan de Acción, que incluye un detalle de las sub-actividades y definiciones sobre las preguntas: quién, cuándo, con qué, cuánto y cómo (control de seguimiento) de la ejecución. El “monitoreo” permite verificar el progreso y la condición de un proyecto y modificar su plan operativo. Se realiza mediante diferentes mecanismos o metodologías establecidas por cada uno de los cooperantes, usualmente basados en los indicadores del marco lógico. El monitoreo puede complementarse con las evaluaciones de mitad de período o de cierre, reseñadas más adelante en la etapa de “evaluación”. En términos generales, el “monitoreo” es una actividad interna realizada por el equipo del proyecto”.

Finalmente se realiza la evaluación que es el análisis de los efectos o impactos, la eficacia, eficiencia y pertinencia del proyecto, verificación de los logros y de las lecciones aprendidas, presentación de recomendaciones de acciones correctivas, y retroalimentación a otros proyectos. Sin embargo, cabe aclarar que las metodologías específicas de evaluación son definidas por cada fuente cooperante.

Por otra parte, los principales factores de éxito de un proyecto son: la pertinencia, en el sentido de darle a la población objetivo lo propuesto en el proyecto. La eficacia, como el grado en que se alcanzan los objetivos y resultados propuestos, en el tiempo previsto y con la calidad deseada. La eficiencia, como la comparación entre los resultados obtenidos y los recursos utilizados, realizarlos al menor costo posible. La viabilidad, la cual define si puede llevarse a cabo el proyecto. La sostenibilidad, que se refiere a la continuidad de las acciones y los beneficios del proyecto después de finalizada la etapa de cooperación. Los factores que ayudan a que los proyectos se mantengan en el tiempo son:

- Grado de apropiación de los proyectos por parte de los beneficiarios: iniciativa en la idea del proyecto, participación en las distintas fases, toma de decisiones conjunta.
- Continuidad de la política de apoyo del gobierno local o nacional luego de finalizado el proyecto.
- Alternativas que permitan que la tecnología sea apropiada a las condiciones locales.
- Protección del medio ambiente: las condiciones medioambientales continúan luego de ejecutado el proyecto.

- Capacidad de las entidades ejecutoras de dar continuidad a los resultados del proyecto, luego de finalizado.
- En proyectos productivos, es importante analizar la sostenibilidad económica y financiera: análisis de costo - beneficio o rentabilidad, que demuestre que las inversiones realizadas se compensarán con los beneficios económicos a obtener.
- Garantía de la recepción de los beneficios del proyecto por parte de la población meta del mismo.

De igual importancia es absolutamente necesario presentar una ficha del proyecto en el que tenga una información concreta del proyecto. Este perfil del proyecto tiene como principales ítems:

- Presentación y resumen del proyecto
- Información del proyecto (Contexto, justificación del proyecto)
- Planteamiento del problema
- La propuesta del proyecto (Marco lógico- descripción de la intervención, finalidad, objetivo)
- Resultados y actividades
- Indicadores y fuentes de verificación (indicadores de resultados, fuentes de verificación de los indicadores)
- Marco institucional
- Mecanismos de coordinación
- Observaciones
- Presupuesto (conformado por los aportes nacionales y los aportes de la cooperación internacional solicitados)¹¹

¹¹Para mayor información revisar: Acción Social (2006) pp 24-30

Lecturas Recomendadas

1. Departamento Nacional de Planeación DNP. (2009). Guía metodológica para la formulación de indicadores,. Retrieved 2011 йил sep from web: www.dnp.gov.co
2. Dirección de inversiones y finanzas públicas. GAPI. (2006). Metodología general ajustada, para la identificación, preparación y evaluación de proyectos de inversión. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación DNP.
3. Presidencia de la Republica. (2006). Accion Social. Retrieved 2011 Septiembre from Manual de Formulación de Proyectos de Cooperacion Internacional: http://www.accionsocial.gov.co/documentos/891_Manualproyectos2006.pdf

ANEXO 3: Instrumentos para medir actividad, estado nutricional y consumo de tabaco

ACTIVIDAD FÍSICA

VARIABLE	INSTRUMENTO	MÉTODO	INTERPRETACIÓN	OBSERVACIONES/PRECAUCIONES
Minutos de Actividad Física	IPAQ (cuestionario internacional para la actividad física) ENSIN (anexo 4)	Cuestionario auto-diligenciado o en entrevista	Dominio de la AF: Tiempo libre, transporte Cumple las recomendaciones de AF: ≥ 150 minutos/semana de AF moderada o ≥ 75 minutos/semana de AF vigorosa o una combinación de estas.	Los módulos de actividad del hogar y laboral han demostrado una baja confiabilidad en poblaciones de Latino América, por lo que se ha recomendado el uso exclusivo de los módulos de transporte y recreación. Su aplicación en poblaciones rurales y de bajos recursos es difícil. No es recomendable en niños. Puede ser usado para: vigilancia epidemiológica y los módulos específicos como instrumentos complementarios para medir el impacto.
Actividad	Diarios y recordatorios	Diarios auto diligenciados	Instrumentos de auto-reporte que miden tipo de actividad, intensidad, duración, actividad habitual y patrones de actividad.	Son desarrollados para población específica Problemas de recordación en las personas ya que el comportamiento humano es inestable. Para adolescentes de 9 años y más (auto diligenciado o encuesta a los adolescentes). Ver anexo 4 Es difícil estimar la intensidad y medir actividades de intensidad baja. Poca confiabilidad de la información en poblaciones de bajos recursos.
Pasos	Pasómetros / podómetros	Aparatos portátiles que miden pasos	Nivel de actividad física: > 10000 pasos por semana cumple recomendaciones de actividad física en adultos. Los puntos de corte para niñas son 12000 pasos al día y para niños 15000 pasos al día.	No es recomendable en niños ya que puede producir comportamientos reactivos. Son de fácil utilización e interpretación, de costo bajo y confiables. Algunos calculan.
Patrón y nivel de actividad física	Acelerómetros	Mide el movimiento corporal en relación a la aceleración Se relaciona con la intensidad de la actividad física Mide en tres planos Anterior-posterior Horizontal Diagonal		No brinda el contexto en el que ocurre la actividad. Mide principalmente actividad locomotora. No puede ser usado en el agua. Dificultad registrando actividades como montar en bicicleta, ya que la dirección y el eje del cuerpo no se modifica. Participantes olvidan colocarlo con frecuencia. Costo elevado (unidad 200 a 500 USD , interfase 500 USD).
Uso y actividad física en parques y durantes escuelas de actividad física	SOPARC SOFT SOPLAY BEACHES http://www.activelivingresearch.org/resourcesearch/toolsandmeasures	Observación sistemática. Conteo de personas a través de contadores mecánicos (SOPARC).	Permite obtener información en espacios públicos comunitarios como parques, plazas, playas, centros recreacionales y comunitarios, escuelas y hogares sobre: Actividad Física, Edad, Genero, Raza Tipo de Actividad Y Características contextuales del lugar.	Requiere personal sumamente capacitado Los observadores tienen una labor pesada Puede producir comportamientos reactivos Difícil medir actividad habitual, solo brinda una muestra en el tiempo Los contadores de SOPARC son costosos entre 250 y 300 USD.

ACTIVIDAD FÍSICA

VARIABLE	INSTRUMENTO	MÉTODO	INTERPRETACIÓN	OBSERVACIONES/PRECAUCIONES
Auditorias del ambiente construido	Herramientas de auditoría http://www.activelivingresearch.org/resourcesearch/toolsandmeasures	Observación sistemática del ambiente físico, incluyendo la presencia y calidad de las características de las que se piensa afectan la actividad física.	Unidad de recolección de datos: Segmentos de calles (cuadras), Áreas de los parques, Segmentos de pistas de caminata y andenes. El propósito es involucrar a la comunidad y realizar investigación.	
Ambiente construido	Sistemas de Información Geográfica (SIG)	Medidas del ambiente construido derivadas principalmente de datos existentes que tienen alguna referencia espacial. Es la única manera de obtener datos objetivos para áreas grandes.	Tipos de medidas Mixtura de uso del suelo Acceso a lugares para recreación Patrones de calles Densidad de población Cobertura de andenes Tráfico vehicular Crimen Variables agregadas Otros (diseño de construcciones, transporte público)	Existe gran variabilidad en la operacionalización de las medidas. Existen algunas amenazas a la validez de los datos derivadas principalmente de la obtención de datos inexactos e incompletos. Y de la variabilidad en la selección del área para realizar la medida geográfica. Alto costo de obtención de los datos y técnicos entrenados en SIG.

Frecuencia Cardiaca (FC)	Monitores de frecuencia cardiaca	Sensor que registra la frecuencia cardiaca.	Hay una correlación directa y positiva entre la frecuencia cardiaca y el consumo de O ₂ lo cual es una medición de gasto energético. El registro del frecuencia cardiaca brinda el patrón de actividad física.	Costo relativamente elevado. Elaboración de la curva de calibración es laboriosa. Existen otros factores no relacionados a actividad física que afectan la FC. Puede ser reactivo, es decir cambiar el comportamiento en las personas.
--------------------------	----------------------------------	---	--	--

ESTADO NUTRICIONAL

Índice de masa corporal (IMC) en adultos	Formula de IMC	Cálculo realizado por evaluador con la talla y le peso tomados en el momento	IMC ≥ 25 indica sobrepeso. IMC ≥ 30 indica obesidad. Ver capítulo 1 sección de nutrición para información más detallada.	Es recomendable siempre tomar las medidas y no usar el auto-reporte.
Índice de masa corporal (IMC) en niños	Grafica de IMC para niños de 0 a 19 años estandarizada por la Organización Mundial de la Salud	Cálculo realizado por evaluador con la talla y le peso tomados en el momento (ver tomo 2 de este documento)	Valor calculado > 1 a ≤ 2 Desviaciones estándar (DS) indica sobrepeso. > 2 DS indica obesidad. Ver capítulo 1 sección de nutrición para información más detallada.	
Perímetro de cintura	Metro con más de 150cm	Tomar perímetro de cintura como está indicado en las guías. Ver anexo "Consenso final de evaluación nutricional"	Mayor riesgo de sufrir de enfermedades crónicas no transmisibles si perímetro ≥ 80 en mujeres y/o ≥ 90 en hombres.	
Pliques cutáneos	Adipómetro y evaluador entrenado	Tomar medida en milímetros de grosor de alguno de los pliegues cutáneos estandarizados	Valores por encima de los estándares establecidos indican exceso de porcentaje de grasa. Ver tomo 2 de este documento.	El método de toma de muestra debe ser aplicado por un evaluador entrenado.
Frecuencia de consumo	Cuestionarios, recordatorios, anamnesis	Para más información utilizar los cuestionarios e instrumentos de la ENSIN 2010 (anexo 4).	Busca conocer los patrones de alimentación de los diferentes grupos poblacionales.	Existen dificultades en la validez de los datos reportados, es importante el conocimiento de las diferencias socioculturales y tamaño de las porciones (pesos y medidas).

CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO

Objetivo 1. Prevenir una nueva generación de consumidores de productos de tabaco

VARIABLE	INSTRUMENTO	MÉTODO	INTERPRETACIÓN	OBSERVACIONES/PRECAUCIONES
Proporción de niños, niñas y adolescentes que nunca han vestido o usado algún producto que tenga la imagen de una compañía tabacalera	Encuesta en escolares (EMTAJ)	Cuestionario diligenciado	Evidencia sugiere que existe una relación causal entre la voluntad de los adolescentes de vestir o usar artículos promocionales de la industria tabacalera y la intención de experimentar el consumo de tabaco. Los niños, niñas y adolescentes que son altamente receptivos al mercadeo de los productos de tabaco tienen el doble de riesgo de convertirse en fumadores que aquellos con bajo nivel de receptividad a las estrategias de mercadeo de la industria del tabaco.	La población objeto de la encuesta es población escolarizada.
Proporción de adultos que apoyan las políticas y las acciones legislativas que restringen el acceso de los niños, niñas y adolescentes a los productos de tabaco	Encuesta en mayores de 18 años	Cuestionario diligenciado	La implementación de las acciones que buscan restringir el acceso de los menores a los productos de tabaco, solo es efectiva con el apoyo de comerciantes, formuladores de políticas y público en general.	El grupo poblacional objeto de la encuesta corresponde a mayores de 18 años.
Proporción de población estudiantil que ha participado en al menos una actividad relacionada con el control del consumo de tabaco en los últimos 12 meses	Encuesta en escolares (EMTAJ)	Cuestionario diligenciado	Las actividades de control del consumo de tabaco en el ámbito escolar reducen la susceptibilidad a la experimentación con los productos de tabaco.	
Número de sanciones realizadas por la autoridad competente por incumplimiento de medida que prohíbe la venta de productos de tabaco a menores de edad	Solicitud de información a la autoridad competente	Informe diligenciado	Las sanciones garantizar el cumplimiento de las medidas relacionadas con la venta de productos a menores de edad y genera conciencia pública respecto al cumplimiento de la norma.	La información por parte de la autoridad competente es una forma de rendición de cuentas a la comunidad.
Número de sanciones realizadas por la autoridad competente por incumplimiento de medida que prohíbe la venta de cigarrillos por unidad	Solicitud de información a la autoridad competente	Informe diligenciado	Las sanciones garantizar el cumplimiento de las medidas relacionadas con la venta de productos por unidad genera conciencia pública respecto al cumplimiento de la norma.	La información por parte de la autoridad competente es una forma de rendición de cuentas a la comunidad.
Proporción de niños, niñas y adolescentes que creen que fumar cigarrillos los mejorar su estatus social	Encuesta en escolares (EMTAJ)	Cuestionario diligenciado	Los adolescentes fumadores tienden a creer que son más exitosos socialmente que los no fumadores. La información permitirá identificar un estimado de las normas sociales respecto a las intenciones de fumar por parte de los niños, niñas y adolescentes.	La población objeto de la encuesta es población escolarizada.
Proporción de niños, niñas y adolescentes que creen que quienes fuman tienen más amigos que quienes no lo hacen	Encuesta en escolares (EMTAJ)	Cuestionario diligenciado	Los adolescentes fumadores tienden a creer que quienes fuman logran hacer amigos más fácilmente que quienes no lo hace. La información permitirá identificar un estimado de las normas sociales respecto a las intenciones de fumar por parte de los niños, niñas y adolescentes.	La población objeto de la encuesta es población escolarizada.
Proporción de niños, niñas y adolescentes que no han fumado nunca pero que no tienen la firme decisión de no hacerlo	Encuesta en escolares (EMTAJ)	Cuestionario diligenciado	Investigaciones demuestran que los niños, niñas y adolescentes susceptibles (los que no tienen una firme decisión de no fumar) son dos veces más susceptibles que los otros en experimentar el consumo.	La población objeto de la encuesta es población escolarizada.
Porcentaje de niños, niñas y adolescentes a quienes, en el último mes, se les negó la venta de cigarrillos por su edad	Encuesta en escolares (EMTAJ)	Cuestionario diligenciado	Esta medida permite identificar el grado de cumplimiento de la normatividad respecto a la prohibición de venta de cigarrillos a menores.	La población objeto de la encuesta es población escolarizada.
Edad de inicio de consumo de tabaco	Encuesta en escolares (EMTAJ)	Cuestionario diligenciado	La edad en la cual una persona comienza a fumar es significativamente relacionado con los hábitos de consumo a largo plazo por esa persona. Mientras más jóvenes son las personas cuando comienzan a consumir productos de tabaco, más susceptibles son a seguir en el consumo.	La población objeto de la encuesta es población escolarizada.
Proporción de niños, niñas y adolescentes que nunca han fumado y no tienen intención de hacerlo	Encuesta en escolares (EMTAJ)	Cuestionario diligenciado	Reducir el número de fumadores experimentales disminuirá el número de fumadores en el futuro.	La población objeto de la encuesta es población escolarizada.

CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO

Objetivo 2. Proteger a la población del humo de tabaco

VARIABLE	INSTRUMENTO	MÉTODO	INTERPRETACIÓN	OBSERVACIONES/PRECAUCIONES
Proporción de la población que piensa que el HTA es peligroso	Encuesta de opinión	Cuestionario diligenciado o respuesta telefónica o respuesta verbal	Incrementar el conocimiento acerca de los efectos de HTA está asociado con el aumento del número de intervenciones para reducir la exposición al HTA por parte de la población no fumadora y la intención de dejar de consumir el producto por parte de los fumadores.	El grupo poblacional objeto de la encuesta corresponde a mayores de 18 años.
Grado de apoyo a las políticas de ambientes 100% libres de humo	Encuesta de opinión	Cuestionario diligenciado o respuesta telefónica o respuesta verbal	La implementación de ambientes 100% libres de humo es más exitosa cuando se genera conciencia pública y apropiación de la medida por parte de la comunidad.	El grupo poblacional objeto de la encuesta corresponde a mayores de 18 años.
Medición de partículas de nicotina en las áreas cerradas	Sidepack	Monitoreo de la cantidad del aire	La presencia de partículas de nicotina en los ambientes cerrados permite identificar el incumplimiento con la normatividad existente.	
Proporción de la población que reporta exposición al HTA en el lugar de trabajo	Encuesta en mayores de 18 años	Cuestionario diligenciado	Exposición al HTA es una de las mayores causas de enfermedad y muerte. Los estudios muestran que para la población no fumadora, el lugar de trabajo es una alta fuente de contaminación. Es necesario garantizar los lugares de trabajo libres de humo para la población.	El grupo poblacional objeto de la encuesta corresponde a mayores de 18 años.
Proporción de la población que reporta exposición al HTA en lugares públicos	Encuesta en mayores de 18 años	Cuestionario diligenciado	Exposición al HTA es una de las mayores causas de enfermedad y muerte. Identificar la exposición en lugares públicos permite identificar el cumplimiento de las normas de ambientes 100% libres de humo.	El grupo poblacional objeto de la encuesta corresponde a mayores de 18 años.
Consumo per capita de productos de tabaco	Encuesta en mayores de 18 años	Cuestionario diligenciado	Es necesario conocer las cifras de consumo por parte de la población. Permite identificar el grado de adicción de a población fumadora.	El grupo poblacional objeto de la encuesta corresponde a mayores de 18 años.
Número de cigarrillos fumados por día por los fumadores	Encuesta en mayores de 18 años	Cuestionario diligenciado	Identificar las prevalencias de consumo permite evaluar la efectividad de la implementación de las medidas para el control del consumo de tabaco.	El grupo poblacional objeto de la encuesta corresponde a mayores de 18 años.

Objetivo 3. Promover la cesación del consumo

Proporción de fumadores que tienen la intención de dejar de fumar	Encuesta de opinión	Cuestionario diligenciado o respuesta telefónica o respuesta verbal.	Permite identificar la proporción de fumadores que quiere dejar de fumar.	
Minutos ofrecidos por el programa.	Registro de actividades.	Número de minutos que ofrece el programa por semana y por año (es particularmente importante en los programas de AF)	El potencial de minutos que provee el programa es una medida de acceso que tienen las personas para cumplir con las recomendaciones.	Hay que diferenciar ente los programas que se ofrecen de forma regular y los programas masivos que suelen traer muchas personas pero no son regulares.
Minutos ofrecidos por el programa.	Registro de asistencia o conteo de personas	Número de participantes que asisten al programa	Tener el registro de los asistentes al programa con algunas características básicas sirve para planificar mejor las actividades y recursos necesarios según las necesidades del programa	Hay que diferenciar ente los programas que se ofrecen de forma regular y los programas masivos que suelen traer muchas personas pero no son regulares.
Porcentaje de la población que asiste al programa	Registro de asistencia o conteo de personas	Es el número de participantes / población total del censo (DANE) (de acuerdo al grupo etario)	Conocer el porcentaje de la población que asiste al programa, es útil para hablar de cobertura del programa y hacer seguimiento al mismo	Hay que diferenciar ente los programas que se ofrecen de forma regular y los programas masivos que suelen traer muchas personas pero no son regulares
Satisfacción de los usuarios del programa	Encuesta (ver anexo 4 algunos ejemplos)	Se evalúa que tan satisfecha esta una persona con el programa y si esta lo recomendaría a un familiar o amigo	Es útil para evaluar la calidad de los programas y actividades ofrecidas, y como herramienta de abogacía frente a los actores principales del programa.	

INDICADORES DEL PROGRAMA

ANEXO 4. Ejemplos de encuestas utilizadas a nivel nacional

NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS (MODULOS DE LA ENSIN)

V. ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON TRANSPORTE (PERSONAS DE 18 A 64 AÑOS)

<p>15. Las preguntas que vienen a continuación, tienen por objeto revisar actividades físicas realizadas por Ud. en los últimos 7 días.</p> <p>16. Ahora piense en cómo se transportó Ud. de un lugar a otro, en los últimos 7 días. Por ejemplo: ida y regreso del colegio, del trabajo, hacer mandados, pagar cuentas, comprar el mercado, ir a teatros, entre otras.</p>	
17 Durante los últimos 7 días, se transportó en un vehículo automotor como buseta, bus, automóvil, moto o lancha?	SI 1 NO 2 PASE A 21 ←
18 Cuántos días?	DÍAS <input type="text"/>
19 En esos días, cuánto tiempo Ud. duró diariamente transportándose en un vehículo automotor como buseta, bus, automóvil, moto o lancha?	HORAS / DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> M INUTOS / DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 21 ← TIEM PO VARIABLE 398 NO SABE 998
20 En los últimos 7 días, cuánto tiempo en total duró transportándose en un vehículo automotor como buseta, bus, automovil, moto o lancha?	HORAS / SEM ANA <input type="text"/> <input type="text"/> M INUTOS/SEM ANA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998
21 Durante los últimos 7 días, montó en bicicleta para desplazarse a su trabajo o para ir de un lugar a otro, durante al menos 10 minutos seguidos?	SI 1 NO 2 PASE A 25 ←
22 Cuántos días ?	DÍAS <input type="text"/>
23 En esos días, cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta para ir de un lugar a otro?	HORAS / DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> M INUTOS / DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 25 ← TIEM PO VARIABLE 398 NO SABE 998
24 En los últimos 7 días, cuánto tiempo en total montó en bicicleta para ir de un lugar a otro?	HORAS / SEM ANA <input type="text"/> <input type="text"/> M INUTOS/SEM ANA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998
<p>25 Ahora piense únicamente en las caminatas que Ud. realizó para desplazarse de un lugar a otro, en los últimos 7 días como ida y regreso de colegio, del trabajo, hacer mandados, pagar cuentas, comprar el mercado.</p>	
26 Durante los últimos 7 días, caminó para ir de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	SI 1 NO 2 PASE A 30 ←
27 Cuántos días ?	DÍAS <input type="text"/>
28 En esos días, cuánto tiempo Ud. dedicó diariamente a caminar para ir de un lugar a otro?	HORAS / DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> M INUTOS / DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 30 ← TIEM PO VARIABLE 398 NO SABE 998
29 En los últimos 7 días, cuánto tiempo en total empleó	HORAS / SEM ANA <input type="text"/> <input type="text"/> M INUTOS/SEM ANA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998

VI. ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON LA RECREACIÓN, DEPORTE Y TIEMPO LIBRE

30 Ahora piense en actividades físicas que Ud. realizó en los últimos 7 días, únicamente por recreación, deporte, ejercicio o en su tiempo libre. No incluya actividades que ya haya mencionado.	
31 Durante los últimos 7 días, caminó por lo menos 10 minutos continuos, por recreación, deporte, ejercicio o en su tiempo libre?	SI 1 NO 2 PASE A 35 ←
32 Cuántos días?	DÍAS □
33 En esos días, cuánto tiempo Ud. dedicó diariamente a caminar por recreación, deporte, ejercicio o en su tiempo libre?	HORAS / DIA □□□□ MINUTOS / DIA □□□□ PASE A 35 ← TIEMPO VARIABLE 398 NO SABE 998
34 En los últimos 7 días, cuánto tiempo en total dedicó a caminar por recreación, deporte, ejercicio o en su tiempo libre?	HORAS / SEMANA □□□□ MINUTOS/SEMANA □□□□ NO SABE 998
35 Ahora piense en actividades físicas moderadas que Ud. realizó en su tiempo libre, en los últimos 7 días. Las actividades físicas moderadas son las que hacen respirar algo más fuerte de lo normal por lo menos durante 10 minutos seguidos, por ejemplo montar en bicicleta, trotar a paso regular, nadar, bailar a ritmo suave. No incluya actividades que ya haya mencionado.	
36 Durante los últimos 7 días, realizó actividades físicas moderadas en su tiempo libre?	SI 1 NO 2 PASE A 40 ←
37 Cuántos días?	DÍAS □
38 En esos días, cuánto tiempo Ud. dedicó diariamente a realizar actividades físicas moderadas en su tiempo libre?	HORAS / DIA □□□□ MINUTOS / DIA □□□□ PASE A 40 ← TIEMPO VARIABLE 398 NO SABE 998
39 En los últimos 7 días, cuánto tiempo en total realizó actividades físicas moderadas en su tiempo libre?	HORAS / SEMANA □□□□ MINUTOS/SEMANA □□□□ NO SABE 998
40 Ahora piense en actividades físicas moderadas que Ud. realizó en su tiempo libre, en los últimos 7 días. Las actividades físicas moderadas son las que hacen respirar algo más fuerte de lo normal por lo menos durante 10 minutos seguidos, por ejemplo montar en bicicleta, trotar a paso regular, nadar, bailar a ritmo suave. No incluya actividades que ya haya mencionado.	
41 Durante los últimos 7 días, realizó actividades físicas vigorosas en su tiempo libre?	SI 1 NO 2 PASE A 46a ←
42 Cuántos días ?	DÍAS □
43 En esos días, cuánto tiempo Ud. dedicó diariamente a realizar actividades físicas vigorosas en su tiempo libre?	HORAS / DIA □□□□ MINUTOS / DIA □□□□ PASE A 46a ← TIEMPO VARIABLE 398 NO SABE 998
44 En los últimos 7 días, cuánto tiempo en total realizó actividades físicas vigorosas en su tiempo libre?	HORAS / SEMANA □□□□ MINUTOS/SEMANA □□□□ NO SABE 998

ESTADIOS DE CAMBIO COMPORTAMENTAL PARA ADULTOS EN ACTIVIDAD FÍSICA

<p>46a. Actualmente usted se considera físicamente activo?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>46b. Pretende ser más activo físicamente en los próximos 6 meses?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>Actividad física regular, significa que usted realiza actividad física al menos 30 minutos al día y por lo menos 5 días a la semana. Por ejemplo, usted puede tomar un paseo de 30 minutos o 3 caminatas de 10 minutos para un total de 30 minutos por día.</p>	
<p>46c. Con esta aclaración, actualmente usted hace actividad física regular?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>46d. Ha sido regularmente activo los últimos 6 meses?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO..... 2</p>

NIVELES DE ACTIVIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS

Encuestadora: Por favor lea cada pregunta cuidadosamente. ¿Qué respuesta viene a su cabeza inicialmente?

Seleccione la casilla que mejor se ajusta a la respuesta del participante y llénela.

Recuerde: No se trata de un examen, por lo tanto no hay respuestas incorrectas. Es importante que responda todas las preguntas y que podamos ver claramente lo que marca.

No tiene que enseñarle sus respuestas a nadie.

Además, ninguna persona que lo (la) conoce verá su cuestionario cuando termine de completarlo.

1. En un día escolar, ¿cuántas horas pasaste viendo televisión?

No veo televisión en días escolares. < 1 hora 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas o más

2. En un día escolar, ¿cuántas horas inviertes jugando con juegos de video o de computador o usando el computador para cosas que no estén relacionadas con las tareas escolares?

No juego con juegos de video o de computador o uso el computador para cosas que no estén relacionadas con las tareas escolares durante los días de colegio.

< 1 hora 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas o más

3. En un día de fin de semana, ¿cuántas horas ves televisión?

No veo televisión los fines de semana. < 1 hora 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas
 5 horas o más

4. En un día de fin de semana, ¿cuántas horas inviertes jugando con juegos de video o de computador o usando el computador para cosas que no estén relacionadas con las tareas escolares?

No juego con juegos de video o de computador o uso el computador para cosas que no estén relacionadas con las tareas escolares durante los días de fin de semana.

< 1 hora 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas o más

5. En un día de fin de semana, ¿cuánto tiempo estas al aire libre?

< 1 hora 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas o más

6. Durante la última semana que fuiste al colegio, ¿cuántos días recibiste clases de educación física (EF)?

0 días 1 día 2 días 3 días 4 días 5 días

7. Durante la última semana que fuiste al colegio, la mayoría de este recorrido lo hiciste:

- caminando
- montando en bicicleta
- en bus, Transmilenio
- automóvil, motocicleta o motopatín
- por otro medio _____

8. Durante la última semana que fuiste al colegio, ¿**CUÁNTO TIEMPO** te demoraste en el recorrido de tu casa al colegio?

< 5 minutos 5 - 15 minutos 16 - 30 minutos 31 minutos a 1 hora >1 hora

9. Durante el año pasado (12 meses), ¿realizaste alguna de las siguientes actividades? (Marque todas las que apliquen)

Deportes en equipo clases de danza o artes marciales clases de arte o música ninguna de las anteriores

10. Durante la semana pasada (7 días), ¿cuántos días fuiste físicamente activo por lo menos durante 60 minutos diarios? (Todo el tiempo que estuviste haciendo actividades que incrementaran los latidos de tu corazón y que te hicieran respirar fuerte)

0 días 1 día 2 días 3 días 4 días 5 días 6 días 7 días

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

¿Usualmente cuántas veces a la semana comes ...? (Marque una sola casilla por renglón)

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Una vez a la semana	2-4 días a la semana	5-6 días a la semana	Una vez al día, todos los días	Todos los días, más de una vez
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODULO DE FRECUENCIA CONSUMO DE ALIMENTOS (ENSIN 2010)

0. Usted sigue actualmente alguna dieta especial prescrita por algún profesional de la salud

1- SI (TERMINE)

2- NO

	A	B
Durante la última semana Ud, consumió alguno de los siguiente alimentos?	1- SI 2- NO	Cuántas veces a la semana? (si la respuesta es diario utilizar las opciones 1, 2 y 3) 1- Tres veces o más al día 2- Dos veces al día 3- Una vez al día 4- Ocho o más veces por semana 5- Ente cuatro y seis veces por semana 6- Tres veces por semana 7- Una o dos veces por semana 8- Hasta una vez por semana
1 Leche (líquida o en polvo) sola o en preparaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Queso, kumis, yogurt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Carne de res, ternera, cerdo, chiguiro, conejo, cabro, curi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pollo o gallina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Atun o sardinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pescados o mariscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Embutidos (salchicha, salchichón, jamón, butifarra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Visceras de res (hígado, pajarilla, pulmón, riñón, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Menudencias de pollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Granos secos (fríjol, arveja, garbanzo, lenteja, soya, habas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Arroz o pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Pan, arepa o galletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Tubérculos y plátanos (papa, yuca, ñame, arracacha, plátano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Verduras cocidas (ahuyama, acelga, zanahoria, espinaca, habichuela, brócoli, coliflor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Verduras crudas (tomate, lechuga, repollo, zanahoria, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Frutas en jugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Frutas enteras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Alimentos de comida rápida (hamburguesas, perro, pizza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Mantequilla, crema de leche, queso de untar o suero costeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Café o té	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Panela, azúcar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Gaseosa y refrescos? (en polvo, caja, botella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Alimentos de paquete (papas, chitos, patacones, tocinetas, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Bienestarina (en colada u otras preparaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Otras mezclas vegetales como Colombiharina o solidarina (en colada u otras preparaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Alimentos fritos (papa frita, carne frita, platano frito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Golosinas o dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Alimentos bajo en calorías o lighth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Alimentos integrales (pan, arroz, galletas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Suplementos vitamínicos (vitamina A, C o E, hierro, multivitaminicos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Alimentos en la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Utiliza el salero en la mesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSUMO DE TABACO

¿Se ha fumado usted al menos 100 cigarrillos durante toda su vida?

- a) Sí
- b) No

En promedio, en el último mes en los días que fumó ¿cuántos cigarrillos se fumo al día?

___ ___ cigarrillos día

¿A qué edad inicio el consumo?

___ ___ años

SATISFACCION DEL PROGRAMA

¿Qué haría usted si no existiera la actividad?

Ver Televisión	01
Estar en la casa	02
Otra actividad recreativa	03
Uso de videojuegos o Internet	04
Otro, ¿Cuál?	
NS/ NR	99

¿Cuál es la principal razón por la que asiste a la actividad? (E: Respuesta múltiple)

Compartir con la familia	01
Compartir con los amigos	02
Recreación o diversión	03
Salud	04
Proteger el ambiente	05
Hacer ejercicio	06
Es gratis	07
No tengo nada más que hacer	08
Ninguna	88
NS / NR	99
Otra, ¿Cuál?	

¿Volvería usted a participar en otra actividad como esta?

- Sí
 - No
 - No sabe/no responde
-

¿Usted recomendaría esta actividad a un amigo o a un familiar?

- Sí
- No
- No sabe/no responde

¿Cuántas veces en el año 201_ ha asistido al programa _____?

- Una vez al año
- Una vez cada 6 meses
- Una vez cada mes
- Una vez a la semana
- Siempre

INDICADORES DEL PROGRAMA

¿Cuántos eventos se realizan por mes?

¿Cuántos eventos se realizan por año?

¿En qué meses se realizan los eventos?

¿Con qué frecuencia se realizan los eventos durante los meses en los que se llevan a cabo?

- Semanal
- Quincenal
- Mensual
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- Otro: especifique

¿Cuáles son los días de operación?

¿Cuál es el costo anual del programa?

¿Cuánto tiempo dura cada evento? _____ Horas

¿Cuántos participantes tienen el programa por evento?

