

**Factores sociales y políticos asociados al síndrome metabólico: el caso de la población escolarizada de dos municipios de Cundinamarca-Colombia**

**Jenny Alexandra Hernandez Montoya**



**Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano**

**Facultad de Ciencias económicas y Administrativas**

**Maestría en Gestión y Políticas de Salud**

**Bogotá D.C.**

**2021**

**Factores sociales y políticos asociados al síndrome metabólico: el caso de la población escolarizada de dos municipios de Cundinamarca-Colombia**

**Jenny Alexandra Hernandez Montoya**

Tesis de grado presentada como requisito para optar el título de Magíster en  
Gestión y Políticas de Salud

Director:

**McS. Fredy Guillermo Rodríguez Páez**

Codirectora:

**McS. Yibby Forero Torres**



**Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano**

**Facultad de Ciencias económicas y Administrativas**

**Maestría en Gestión y Políticas de Salud**

**Bogotá D.C.**

**2021**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

Bogotá D.C. Agosto de 2021

## **Dedicatoria**

A mi hija, Valeria Sánchez Hernández, mis padres, hermanas y sobrinos, por ser motivo de inspiración.

## **Agradecimientos**

A Dios por su fidelidad, por proveer los medios, paciencia y amor necesarios para emprender y terminar esta aventura de los estudios superiores, en un país en el que este camino es privilegio de pocos.

A mi familia por su constante motivación y apoyo.

A la Dra. Yibby Forero Torres, por su constante y riguroso apoyo y acompañamiento técnico, aún en medio de nuestro ejercicio laboral como investigadoras del Instituto Nacional de Salud, entidad que me hizo amar las actividades de investigación en salud pública.

Al Dr. Fredy Guillermo Rodríguez, profesor y director de este trabajo de grado, por su apoyo incondicional y confianza al acompañarme con el rigor técnico necesario para el desarrollo de esta investigación.

A Dr. Giovanni Jiménez, profesor y asesor metodológico, por guiarme sabia y pacientemente en el complejo, pero bello mundo de la teoría fundamentada.

A Natalia Niño, Edna Rubio y Angélica Sarmiento, que tuvieron el cariño para recomendarme herramientas y elementos de análisis para el fortalecimiento de este trabajo.

A todos los profesionales en Bogotá, Zipaquirá y Facatativá que, desde su quehacer, experiencia y, en representación de sus entidades, aportaron al desarrollo de este trabajo.

A los padres de familia, que tuvieron la paciencia y el amor para aceptar participar de este trabajo, aun en medio de las dificultades impuestas por la pandemia en el 2020.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1. SÍNDROME METABÓLICO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EMERGENTE EN NIÑOS Y NIÑAS</b> .....	<b>12</b>
1.1. JUSTIFICACIÓN .....	12
1.2. PROBLEMA .....	15
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	17
1.4. OBJETIVO GENERAL.....	17
1.4.1. <i>Objetivos específicos</i> .....	17
1.5. MARCO TEÓRICO: DETERMINANTES EN EL ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME METABÓLICO EN POBLACIÓN ESCOLAR .....	18
1.5.1. <i>Problemas sociales</i> .....	18
1.5.2. <i>Enfermedad crónica no transmisible</i> .....	18
1.5.3. <i>Síndrome metabólico</i> .....	19
1.5.4. <i>Política pública</i> .....	19
1.5.5. <i>Gobernanza en salud</i> .....	21
1.5.6. <i>Factores que influyen en la salud</i> .....	22
1.5.7. <i>El ciclo de la política pública como primer enfoque de análisis</i> .....	24
1.5.8. <i>Enfoque neoinstitucionalista</i> .....	26
1.6. ESTADO DEL ARTE .....	27
1.6.1. <i>Aproximaciones en la identificación de factores sociales y políticos asociados al SM</i> .....	27
1.6.2. <i>Síndrome metabólico en edad escolar: evidenciando un problema de salud pública emergente</i> .....	31
1.6.2.1. Síndrome metabólico como problema emergente en salud pública	
31	
1.6.2.2. Factores sociodemográficos asociados a la aparición de Síndrome Metabólico.....	34
1.6.2.3. Asociación entre estilos de vida y síndrome metabólico.....	35

1.6.2.4. Aspectos socioculturales afectan la aparición de síndrome metabólico.....	36
1.6.2.5. Visibilización del síndrome metabólico como parte de la agenda pública	38
1.6.2.6. <i>Acciones enfocadas en plantear y evaluar intervenciones dirigidas a tratar el síndrome metabólico y sus factores de riesgo</i> .....	40
<b>2. CAPITULO 2. ASPECTOS METODOLOGÍCOS PARA LA COMPRESIÓN DEL FENÓMENO .....</b>	<b>41</b>
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	41
2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	43
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	43
2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	46
2.4.1. <i>De municipios</i> .....	46
2.4.2. <i>De actores</i> .....	46
2.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	47
2.6. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	47
2.7. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	49
2.8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	49
2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	54
<b>3. CAPITULO 3. SINDROME METABÓLICO: UNA PERSPECTIVA DESDE LOS SOCIAL Y LO TERRITORIAL .....</b>	<b>56</b>
3.1. CONTEXTO GENERAL DEL TERRITORIO .....	56
3.2. FRAGMENTACIÓN ENTRE ACTORES INSTITUCIONALES ¿FACILITADORA EN LA APARICIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO EN LOS ESCOLARES? .....	59
3.2.1. <i>Articulación, intersectorialidad, roles y comunicación entre actores para la prevención del SM</i> .....	59
3.2.2. <i>Caracterización, diagnóstico e identificación de factores de riesgo en la población</i> .....	64

3.2.3. <i>Percepciones sobre el abordaje y atención a los escolares asociada a factores de riesgo para síndrome metabólico.</i> .....	71
3.3. SÍNDROME METABÓLICO COMO UN CONSTRUCTO SOCIAL.....	76
3.3.1. <i>Concepción de salud y sus repercusiones en las decisiones que toman los actores.</i> .....	76
3.3.2. <i>Conceptualización de síndrome metabólico desde la perspectiva de los actores</i> .....	82
3.3.3. <i>Contexto social, cultural y económico que incide en la problemática...</i>	86
3.4. LOS NIÑOS Y FAMILIAS COMO AGENTES DE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO Y SUS FACTORES DE RIESGO.....	94
3.4.1. <i>Entornos no saludables para niños y niñas, el dilema de la alimentación escolar.</i> .....	94
3.4.2. <i>Abordaje para la educación y sensibilización en temas de salud en el ámbito escolar</i> .....	101
3.4.3. <i>Empoderamiento y protagonismo de las familias y los niños en su autocuidado</i> .....	109
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>113</b>
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>117</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>122</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>136</b>
7.1. ANEXO 1- MARCO DE POLÍTICA PÚBLICA.....	136
7.1.1. <i>Documentos de Política Nacional</i> .....	137
7.1.2. <i>Normas</i> .....	137
7.1.3. <i>Documentos de política Cundinamarca</i> .....	138
7.2. ANEXO 2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	140
7.2.1. <i>Guía de entrevista actores institucionales de orden nacional</i> .....	140
7.2.2. <i>Guía de entrevista actores departamentales y municipales</i> .....	142
7.2.3. <i>Guía de entrevista rectores</i> .....	144



7.2.4. <i>Guía de entrevista padres de familia</i> .....	146
7.3. ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	147
7.4. ANEXO 4. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	149

**Palabras clave**

Política pública, factor social, factor político, síndrome metabólico, escolares.

**Tema**

Factores sociales y políticos asociados al síndrome metabólico en población escolarizada del departamento de Cundinamarca-Colombia

**Líneas y énfasis de la Investigación**

Universidad Jorge Tadeo Lozano: Políticas Públicas, Contexto Socioeconómico y Político: Cultura y Valores Sociales.

Instituto Nacional de Salud: Seguridad alimentaria, nutrición y ciclo vital

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis describe los resultados del proyecto de investigación “Factores sociales y políticos asociados al hallazgo del síndrome metabólico en población escolarizada de dos municipios de Cundinamarca-Colombia”. Para el logro de los objetivos se aplicó una metodología cualitativa con énfasis en la teoría fundamentada que permitió analizar—de manera profunda, algunos aspectos asociados al diagnóstico de SM en niños y niñas escolarizados. Sobresalieron, la ruptura en la relación de los sectores de salud y educación en la identificación y manejo del problema; el surgimiento de la necesidad de pensar en el concepto de salud con perspectivas complementarias al propuesto desde los determinantes sociales de salud, como modelos sistémicos que permitan un análisis estrechamente ligado al ambiente o entorno en el que se desarrollan las personas, en este caso, las escuelas o instituciones educativas como foco del desarrollo integral de los niños y niñas; así como la identificación de los matices de la problemática de la alimentación escolar y la limitada participación comunitaria en la construcción de políticas de salud.

El documento se estructura en tres capítulos. En el capítulo uno se describe la problemática, justificación y objetivos de la investigación, así como el marco teórico y estado del arte frente a aproximaciones teóricas e investigativas sobre síndrome metabólico en población escolarizada y sus posibles factores asociados. El capítulo dos contiene todos los aspectos metodológicos desarrollados en el proceso investigativo. Finalmente, el capítulo tres contiene los resultados de la investigación desde la teoría fundamentada.

# **CAPÍTULO 1. SÍNDROME METABÓLICO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EMERGENTE EN NIÑOS Y NIÑAS**

## **1.1. Justificación**

Los problemas sociales, especialmente los atribuidos o derivados de situaciones de salud, para este caso, el creciente aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT) y la identificación de síndrome metabólico (SM) en la población escolarizada sugiere un reto de carácter político y social, que consiste en contribuir al entendimiento del problema en sí, a partir del análisis de los factores sociales y políticos asociados y, de esta manera, establecer rutas más claras para organizar el accionar de los actores de la política. En este sentido, es necesario visibilizar al SM como un problema de salud pública emergente en población escolarizada entendiéndolo desde la dinámica social subyacente al ámbito escolar (Blumer, 1971).

Por su parte, el SM en esta población, dada su asociación indiscutible con la aparición de ENT, y, desde un punto de vista más amplio, con los determinantes sociales de salud, debe ser entendido como un problema social, el cual se está desarrollando en la comunidad, afectando la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Así, el SM se convierte en un fenómeno a explorar desde el punto de vista de los actores involucrados y las intervenciones que se desarrollan en la actualidad, cuyo fin esté orientado a la mitigación del SM o, al menos, de sus factores de riesgo en esta población.

Por lo anterior, inicialmente se reconoce que las ENT son la mayor causa de mortalidad en Colombia y en el mundo, afectando principalmente a los adultos Sin embargo, el incremento del sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y la transición alimentaria hacia el consumo de alimentos ultra procesados en la población infantil y joven, suscita un interrogante sobre las consecuencias de estos problemas a

mediano y largo plazo en los niños, niñas y adolescentes y sobre la forma en que actualmente se planean, ejecutan y evalúan las políticas públicas orientadas a la prevención de los riesgos asociados a la presencia de ENT y del SM en población cada vez más joven. Entre las consecuencias de las ENT para la sociedad, se encuentran los elevados costos que el sistema general de seguridad social en salud debe asumir. Se calcula que el valor promedio de los servicios médicos ocasionados a la intervención de un paciente por ejemplo con enfermedad cardiovascular (la más común) es aproximadamente \$12,8 millones al año, siendo el doble de lo utilizado en un paciente con Cáncer, sin contar los costos económicos y sociales del proceso de la enfermedad y sus consecuencias (Gallardo, Benavides, & Rosales, 2016).

Por lo anterior, son retos fundamentales de las políticas de promoción y prevención en salud las enfermedades como cáncer, las neurodegenerativas, cardiovasculares, metabólicas (como el sobrepeso), la obesidad, la diabetes mellitus y, recientemente, el reconocimiento del SM como problema de salud pública emergente (García-García, y otros, 2008). El SM caracteriza la conjunción de varios factores de riesgo, tanto en el individuo como en la comunidad, que aumentan la probabilidad de enfermedad y muerte para la población. Sus consecuencias son graves, afectando notablemente la calidad de vida de la población, con la disminución en la productividad a nivel laboral, debido a la menor movilidad física y a una mayor dependencia del cuidado de otras personas; en tanto que, en los niños, niñas y adolescentes se ha comprobado una disminución en su rendimiento escolar y un mayor riesgo de retraso en su crecimiento.

El SM, inicialmente considerado y estudiado exclusivamente en adultos, se convierte en foco de interés al identificarse en población más joven. En los niños y adolescentes el SM aumenta el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2 en la edad adulta y la prevalencia se incrementa en niños con sobrepeso y obesidad. La epidemia mundial de las enfermedades crónicas (Mendis, Armstrong, & Bettcher, 2014) y las asociaciones encontradas entre los factores que caracterizan el SM (hiperlipidemia, hipertensión arterial, obesidad

abdominal, hiperglucemia) hacen que la necesidad de diagnosticar el SM en población pediátrica sea cada día más relevante (Friend, Craig, & Turner, 2013).

Las prevalencias globales reportadas de SM para población pediátrica oscilan entre el 0 y el 19,2% (Friend, Craig, & Turner, 2013), mientras que en Colombia es del 6,9% (Agudelo, Turner, & Arias, 2008). Recientemente, el Instituto Nacional de Salud identificó en población escolarizada de Cundinamarca una prevalencia de SM de 14% (INS, 2019), incluyendo los municipios de Facatativá y Zipaquirá. Esta situación viene acompañada de un incremento progresivo en las cifras de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: para el grupo de niños y niñas entre 5 a 9 años hubo un incremento de 20,2 puntos porcentuales, entre el 2005 (4,2%) y el 2015 (24,4%), mientras que, en los adolescentes se ha mantenido desde el 2005 en 7,9%. (ENSIN, 2019),

Entre otros factores de riesgo que se asocian al incremento de sobrepeso y obesidad en esta población, se encuentra la baja proporción (31%) de niños y niñas de 6 a 12 años que cumplen con la recomendación de actividad física, el elevado porcentaje de niños y niñas que pasan tiempo excesivo (67,6%) haciendo uso de dispositivos móviles y electrónicos, el bajo consumo bajo de frutas y verduras. En 2010, sólo la mitad (54%) de los niños de 5 a 8 años consumió frutas de manera diaria y esta cifra es aún más baja en los menores de 14 a 18 años (48%); mientras que, el consumo de hortalizas y verduras de manera diaria en este mismo subgrupo de edad fue de 57,8% y, entre los más pequeños, el consumo diario de estos alimentos es de tan solo 10,3%. Aunado a lo anterior, está el aumento en el consumo de alimentos ultra procesados o ricos en grasas saturadas o azúcares simples (ENSIN, 2019), sin un mayor control o vigilancia desde la política vigente.

Teniendo en cuenta este panorama, es necesario pensar en la problemática derivada de las consecuencias del cambio en estos estilos de vida en la población más joven y, si se tiene en cuenta la ya mencionada carga de las ENT presentes en los adultos sobre el sistema de salud, es necesario hacer una reflexión sobre los efectos de las ENT en los niños y adolescentes. Entonces, si se mira hacia el futuro,

considerando las condiciones actuales de salud de la población en Colombia, especialmente las de los niños y adolescentes que se están enfrentando a los mismos problemas de salud de los adultos, y no se asumen los desafíos derivados de la interacción entre los datos actuales y las políticas públicas, probablemente se agudicen estas circunstancias con niños, niñas y adolescentes, quienes corren el riesgo de llegar a la edad adulta con todo lo que implica el padecimiento de una ENT, entre ellas, el SM.

Finalmente, conocer cómo surgen e interaccionan los elementos que definen la política en salud servirá como insumo a los profesionales en salud y a los tomadores de decisiones para actuar de manera efectiva dentro del ámbito político al promover el mejoramiento y la accesibilidad a los servicios de salud y abordar las inequidades según los determinantes sociales de la salud (Rojas, 2013) (Mackenbach, 2014) (Borrell, 2008). Por tal razón, es vital aprovechar el potencial que supone esta investigación en el aporte de elementos a los tomadores de decisiones para el ajuste, formulación o evaluación de las estrategias, programas o proyectos orientados a la prevención de las enfermedades desde temprana edad, en especial, el SM.

## **1.2. Problema**

Teniendo en cuenta que los problemas sociales o de salud se evidencian como condiciones objetivas e identificables a partir de mediciones estadísticas o epidemiológicas, se puede afirmar que estos problemas existen en la medida en que la sociedad los define y los concibe (Blumer, 1971). Sin embargo, bajo esta mirada, la conversión de un problema social o de salud en un problema público no obedece únicamente a que se evidencie la presencia de una condición o hecho problemático para la comunidad, sino que depende de todo un entramado de actuaciones que lo constituyen. De hecho, la selección de un fenómeno u otro como

susceptible a ser tratado por la agenda pública no siempre coincide con aquello que, desde ciertas esferas, como la ciencia por ejemplo, se construyen como objetivamente problemático (Valcarce, 2005).

Para esta investigación, el problema radica en el limitado abordaje del SM en su conjunto, en relación a su diagnóstico o alertas tempranas cuando se presentan en un individuo más de un factor de riesgo. Esta situación se presenta a nivel nacional y local y es aún es menos visible por grupos etarios, lo que, de lo contrario, permitiría la revisión y análisis objetivo por parte de los actores de la política sobre si incluir o no el término de SM en políticas puntuales para población infantil y adolescente o como tema prioritario en la agenda pública. Las cifras y consecuencias del SM, particularmente en adultos y las ENT, reflejan la gravedad de la situación para la sociedad, el sistema de salud y los individuos de manera casi irrefutable.

Para el caso de Colombia, se ha dispuesto una normativa que incide directamente sobre las acciones que los gobiernos departamentales, distritales y locales deben gestionar en la garantía de la salud de sus poblaciones. En estas políticas o normas asociadas tangencialmente al SM y su intervención, se abordan de manera independiente las ENT, desconociendo la existencia del SM como el conjunto de factores de riesgo de ENT, especialmente la enfermedad cardiovascular (ECV) que actúa como agravante de la salud de los individuos. En este sentido, el SM debe ser identificado y asumido como signo de alarma para la prevención de enfermedades graves que generan muerte prematura, enfermedades y altos costos al sistema de salud.

Este escenario plantea la necesidad de visibilizar el SM como factor de riesgo grave para ENT, el cual debe ser tenido en cuenta por los actores territoriales de estos municipios. El presente trabajo de grado busca ampliar la perspectiva para la intervención de esta situación, partiendo de la comprensión y análisis de los factores sociales y políticos que pueden estar afectando la aparición del síndrome



metabólico en la población escolarizada de dos municipios de Cundinamarca-Colombia.

### **1.3. Pregunta de investigación**

¿Qué factores sociales y políticos pueden estar incidiendo en la aparición del síndrome metabólico en la población escolarizada de dos municipios de Cundinamarca-Colombia?

### **1.4. Objetivo general**

Indagar el vínculo de los factores sociales y políticos con el síndrome metabólico como problema emergente en la población escolarizada de dos municipios de Cundinamarca-Colombia

#### **1.4.1. Objetivos específicos**

1. Identificar, desde la evidencia, los factores sociales y políticos relacionados con el síndrome metabólico, en el marco de las políticas de salud pública.
2. Explorar desde la experiencia de actores institucionales de orden nacional, local y con la comunidad, los factores sociales y políticos asociados al síndrome metabólico en población escolarizada en dos municipios de Cundinamarca-Colombia.
3. Establecer las convergencias y divergencias entre los hallazgos teóricos y empíricos en relación con los factores sociales y políticos asociados al síndrome metabólico como problema de salud emergente.

## **1.5. Marco teórico: determinantes en el análisis de factores asociados al síndrome metabólico en población escolar**

### **1.5.1. Problemas sociales**

En esta investigación los problemas sociales fueron abordados como fenómenos que son pensados como indeseables o conflictivos, sobre los cuales se puede actuar para solucionarlos y que, a su vez, son planteados como un problema comunitario y de incumbencia pública (Sanchez Vidal, 2002). Desde una óptica clásica (Blumer, 1971) se estima que los problemas sociales se tipifican como desviaciones, malestares o procesos conflictivos que alteran la norma social y que requieren de la acción experta capaz de identificar objetivamente la situación problemática en aras de acompañar a la sociedad. Desde la perspectiva crítica, se comprenden los problemas sociales como construcciones colectivas, generadas en un escenario de tensiones, encuentros, negociaciones y conflictos entre agentes que, en ciertos discursos, se erigen como verdades y ciertas circunstancias o sujetos que se estabilizan como objetos de intervención, sobre las cuales las acciones de gobierno pretenden incidir (Bourdieu, Wacquant, & Dion, 1995). Estos conceptos fueron útiles en la comprensión del SM como un problema que trasciende al interés social, en la medida en que la comunidad y los actores de decisión resultaron ser parte del análisis relacional, cada uno desde su perspectiva y rol, para el entendimiento del problema.

### **1.5.2. Enfermedad crónica no transmisible**

Las ENT son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas se destacan las enfermedades cardiovasculares (como los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares), el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas (como la neumopatía obstructiva crónica o el asma) (OMS, 2020).

### **1.5.3. Síndrome metabólico**

Se refiere al conjunto de alteraciones metabólicas en un mismo individuo. Está constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de la concentración del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (Colesterol HDL), la elevación de triglicéridos, el aumento de la presión arterial y la hiperglucemia (Zimmet P. , Alberti, George, & Serrano , 2005).

El SM se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, asociado a un incremento de cinco veces en la prevalencia de diabetes tipo 2 y de dos a tres veces en la de ECV (Zimmet , Alberti, & Shaw, 2005). Se considera que el SM es un elemento importante en la epidemia actual de diabetes y de ECV, de manera que se ha convertido en un problema de salud pública importante en todo el mundo (Eckel, Grundy, & Zimmet, 2005). La morbilidad y la mortalidad prematuras debidas a la ECV y la diabetes podrían desequilibrar completamente los presupuestos sanitarios de muchos países desarrollados o en vías de desarrollo.

El SM en niños y adolescentes constituye un problema creciente de salud pública a nivel mundial y de Latinoamérica (Marín-Echeverri, Arias, Gallego-Lopera, & Barona-Acevedo, 2015). Esto es producto de cambios en el estilo de vida que han modificado los hábitos alimentarios, con un consecuente aumento en el consumo de calorías y grasas y una disminución en la actividad física, que traen como consecuencia inmediata el sobrepeso y la obesidad. Estos hábitos se asocian con alteraciones metabólicas (dislipidemias, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia e hipertensión arterial), transformándose en un factor de riesgo importante de morbimortalidad por ECV en la vida adulta (Gotthelf & Jubany, 2004), con todas las consecuencias que se generan a nivel de política pública y de presión al sistema de salud.

### **1.5.4. Política pública**

Según Roth (Deubel, 2018), para definir la política pública es tradicional partir de la dificultad semántica que existe en español con el término política. Es preciso señalar

por lo menos tres acepciones que se encuentran cobijadas por la misma palabra y que el idioma inglés sí distingue. Primero, la *política* concebida como el ámbito del gobierno de las sociedades humanas, *polity* en inglés. Segundo, la política como la actividad y lucha por el control del poder, *politics* en inglés. Y finalmente, la *política* entendida como la designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas, *policy* en inglés. Para efectos de este trabajo de grado, el propósito tiene que ver con la tercera acepción, de manera que, el término *policy*, se convierte en el de *política pública*.

En este sentido, tener en cuenta el concepto de política pública desde la producción normativa como planes, leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas, acuerdos, fallos jurídicos, entre otros, como las actividades políticas y administrativas oficiales realizadas por actores políticos, sociales y autoridades públicas para la elaboración, decisión, implementación y evaluación de todo el proceso de la política pública, fue necesario para el reconocimiento del rol de los actores involucrados en la constitución del problema del SM en niños y niñas, así como en la identificación de las posibles soluciones desde la perspectiva de cada actor.

El entendimiento de la política pública desde el término “*policy*” permitió el análisis de los efectos en la sociedad a partir de la actividad de las políticas mismas. El marco normativo de esta investigación (Anexo 1: marco de política pública), sugiere comprender al SM como un problema complejo en el cual deben interactuar, mediante redes estructuradas, agentes de decisión y comunitarios, a partir de elementos que puedan ser institucionalizados mediante reglas formales (como ideas, intereses e instituciones políticas) (Capano, 2009) y que lleven a un entendimiento del problema para que este pueda ser tenido en cuenta y puesto en la agenda pública y política relacionada con la salud de niños, niñas y adolescentes.

### **1.5.5. Gobernanza en salud**

El concepto gobernanza se utiliza con frecuencia para indicar una nueva manera de gobernar, diferente del modelo de control jerárquico o de mercado. Consiste en un modo más cooperativo en el que los actores estatales y no estatales participan en redes mixtas público-privadas. Se caracteriza por adoptar una perspectiva más cooperativa y consensual que la que se había dado en los modelos tradicionales de gobernar (Martínez, 2005) y propone una modulación y un reequilibrio (Catalá, 2005).

Esta evolución ha sucedido, en primer lugar, por la necesidad de introducir a los actores privados y a las organizaciones representativas de intereses en la prestación de servicios, lo que ha permitido que los gobiernos hayan podido mantener sus niveles de prestación a pesar de los recortes presupuestarios. (Pierre & Peters, 2000). En segundo lugar, por fomentar la participación, especialmente si tenemos en cuenta que la gobernanza implica la inclusión de actores privados y sociales en la gestión del sector público. Finalmente, por existir una relación de la prestación de servicios públicos con la legitimidad que se había visto ampliamente criticada por diferentes sectores durante la crisis de los años ochenta y noventa (Pierre & Peters, 2000).

Así, la gobernanza implica una forma diferente de gobernar caracterizada por la interacción entre una pluralidad de actores, las relaciones horizontales, la búsqueda del equilibrio entre poder público y sociedad civil y la participación en el gobierno de la sociedad en general, y no de un único actor, sea este político, económico, social o cultural. De aquí que la introducción del concepto de gobernanza en el contexto de esta investigación permitió dilucidar la importancia de la participación activa de la comunidad en la construcción de política pública y, para el caso, visibilizar al SM como problema de salud pública que implica el concepto de gobernanza por su capacidad de englobar todas las instituciones y relaciones implicadas en los procesos de gobierno (Martínez, 2005).

### **1.5.6. Factores que influyen en la salud**

Los factores sociales, culturales, económicos, ambientales y políticos, dentro de cualquier comunidad o población, son los que determinan las condiciones de vida, salud y bienestar de las personas. Esta relación indisoluble entre cada uno de estos factores condicionantes y el estado de salud de los individuos es lo que comúnmente se conoce como determinante social de la salud (Avila, 2009) (Villar, 2011). La dinámica con la que estos determinantes actúan sobre las poblaciones puede dar como resultado diferencias marcadas en los estilos de vida y en el nivel de bienestar que pueden gozar unos u otros (Gómez, González, & Ramírez, 2019).

Por su parte, el concepto de factor social en salud está estrechamente ligado al propio de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de completo bienestar físico, mental, social (y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades), para erigir una vida social y económicamente productiva (OMS, Organización Mundial de la Salud, 1946). Otros autores contemporáneos la definen como, "...un proceso de balance entre el bienestar físico, la estabilidad mental, el balance en las áreas emotivas y sociales y las creencias espirituales, aunque no necesariamente religiosas..." (Boladeras, y otros, 2000, pág. 164).

En más de una definición, la salud es responsabilidad de la persona, la cual está regida por su herencia biológica, sus comportamientos individuales y el acceso a los sistemas de salud, sugiriendo que el estado de la salud requiere factores adicionales como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (Pérez, 2000). Se ratifican en la concepción de los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible (CEPAL, 2018) que reflejan el estado dinámico de la salud y las diferencias entre los distintos grupos poblacionales identificados por los indicadores internacionales de salud pública (Zárate & Pérez, 2012).

En Colombia, estos principios están claramente establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que asume el modelo de determinantes sociales de la

salud como uno de sus enfoques, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas (Ministerio de Salud, 2013).

En relación con el concepto de factor político en salud, la OMS, en el marco de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud de 2011 (Organización Mundial de la Salud, 2019), afirma que la desigualdad en las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales profundos; siendo las desigualdades procesos sistemáticos y el resultado de políticas que toleran o, incluso, favorecen la distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios para el acceso universal a la Salud. La inequidad en salud se explica por la distribución desigual de condiciones, no sólo sociales, sino también políticas y económicas (Rodríguez, 2016) (Cortés, 2006).

Comprender cuáles son las principales características y consecuencias de este determinante precisa entender que la política, al igual que el cuidado de la salud, tiene estructuras, procesos, productos y resultados (Gómez, González, & Ramírez, 2019). De esta forma, cualquier norma, política y práctica que resulte de la interacción entre todos los sectores que afectan la salud, es considerado un determinante político (Ottersen, Dasgupta, Blouin, & et al, 2014).

El Estado, sus legisladores y las agencias ejecutivas (congresos, gobiernos, ministerios, entre otros), son ejemplos de estructuras políticas. Las elecciones, consultas y elaboración de leyes constituyen algunos de los procesos políticos. Dentro de los productos políticos se pueden incluir leyes, decretos, resoluciones (Anexo 1: marco de política pública, para el abordaje de la problemática), impuestos, beneficios de seguridad social y servicios públicos que, en última instancia, tienen incidencia en las necesidades sociales, en este caso, en la salud de la población y otros resultados sociales de interés (Gómez, González, & Ramírez, 2019).

Finalmente, desde un enfoque sistémico, la salud debe ser concebida desde la adaptación de los individuos a los ambientes que le rodean y forman parte de su vida cotidiana como la familia, amigos, hospital, consulta, trabajo, etc. y viceversa, también los entornos próximos deberán transformarse en función de las nuevas circunstancias personales del sujeto cuando éste enferma. Hay que tener en cuenta que éstos no son los únicos influjos que el sujeto va a recibir, ya que existen otros contextos más amplios como la ideología, cultura, políticas sanitarias, entre otros que van a influenciarlos (Bronfenbrenner, 1999).

Este enfoque presenta varios sistemas que intentan comprender más detenidamente al sujeto, el Microsistema como el nivel más cercano a este, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo y sus amigos. Por su parte, el Mesosistema, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social), es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno. Por último, el Exosistema, que se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno como el lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc. (Bronfenbrenner, 1999).

#### **1.5.7. El ciclo de la política pública como primer enfoque de análisis**

Este enfoque sugerido por Lasswell y McDougal (1992), de la corriente neopositivista, es el más utilizado e influyente. Es considerado el marco clásico que divide el proceso de la política acorde al ciclo de esta. Según el marco de análisis del ciclo de la política pública, la mejor manera para estudiar un objeto complejo consiste en analizar primero sus componentes de manera aislada para que, en un



segundo momento, se puedan “armar” todas las piezas a manera de rompecabezas. Estas piezas corresponden a la definición del problema público y la puesta en la agenda, la formulación de las soluciones, la toma de decisión, la implementación y finalmente la evaluación de las políticas (Roth, 2018), concibiendo así la política como un conjunto de fases integradas en un ciclo reiterativo. La fortaleza de este marco es que permite la elaboración de teorías parciales centradas en cada una de las secuencias del proceso. Su mayor debilidad radica en que puede perder de vista el proceso en su conjunto.

Para el análisis se debe reconocer que el problema implica una apreciación de los acontecimientos de manera objetiva o subjetiva, tener en cuenta el agregado de intereses, organización de las demandas y representación y acceso ante las autoridades (Roth, 2018). Seguido de esto, juega un papel importante lo relacionado con la formulación de soluciones o acciones, la elaboración de respuestas, el estudio de las soluciones y la adecuación de los criterios, para luego tomar decisiones, crear coaliciones y legitimar la política elegida.

Durante la implementación de la política se consideran varios modos de análisis. Tradicionalmente se ha analizado bajo el modelo *top-down* “de arriba hacia abajo” caracterizado por ser clásico y centralizado en el que el actor principal es la administración pública, con la limitante de que son pocos los canales para el intercambio de información con la comunidad en general (Sabatier & Mazmanian, 1979); o bajo la perspectiva contraria *bottom-up* “de abajo hacia arriba” donde se comprende que la administración pública y la ciudadanía son actores fundamentales en la construcción de políticas públicas, asumiendo que la participación de la comunidad es vital para realizar acuerdos colectivos entre ellos y el gobierno. (Elmore, 1982),e incluso, bajo miradas mixtas (Majone, 1997).Así se observa la implementación como un proceso de aprendizaje, analizado desde una perspectiva interorganizacional o, recientemente, como un problema de administración pública o de gobernanza (Roth, 2018). Finalmente, la fase de evaluación de la política generaría reacciones a la acción, juicios y expresiones sobre los efectos de estas.

Desde otra perspectiva, algunos autores (Muller & Surel, 1998) parten de la idea de que la política pública no está hecha para resolver problemas y que, en realidad, los problemas los resuelven los actores sociales mediante la implementación de sus estrategias, la gestión de sus conflictos y, sobre todo, mediante procesos de aprendizaje. Así, las políticas públicas constituyen un marco, un espacio que da sentido, en el cual los actores van a definir sus problemas y experimentar soluciones. Por lo tanto, hacer una política pública no es resolver un problema sino construir una nueva representación de los problemas, estableciendo ciertas condiciones para el tratamiento de estos por la sociedad, a la vez que estructura la acción (Muller & Surel, 1998).

A pesar de las limitaciones, se considera que el ciclo de la política es una buena puerta de entrada al análisis de las políticas públicas, dada sus cualidades pedagógicas y heurísticas, en particular, para un público aun no especializado (Roth, 2018).

#### **1.5.8. Enfoque neoinstitucionalista**

Dado que las instituciones de salud y educación tienen y ejercen un rol fundamental en la ejecución de las políticas públicas de salud, se consideró el enfoque de análisis de política neoinstitucionalista.

Este enfoque propuesto inicialmente por March y Olsen (March & Olsen, 1989), es interesante para este contexto ya que se centra en el estudio del papel de las instituciones, considerándolas como un factor esencial para la definición del marco en el cual se desarrollan los comportamientos individuales, la acción colectiva o las políticas públicas. Las instituciones son, tanto un factor de orden como de construcción de sentido para las acciones realizadas por los actores. El neoinstitucionalismo busca analizar las condiciones de producción y de evolución de las instituciones y la manera en que estas, a su vez, influyen en las dinámicas sociales, permitiendo así pensar el Estado en interacción (Muller & Surel, 1998).

Esta orientación es reveladora de un fenómeno de sociedad creciente, que considera o constata que las instituciones, y el Estado en general, se encuentran debilitados frente a los ciudadanos y a las organizaciones privadas. Evolución que obligaría al Estado a negociar su autoridad (Roth, 2018). Este enfoque permitió el análisis de los resultados orientado al rol de las instituciones responsables de la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el contexto escolar.

## **1.6. Estado del arte**

### **1.6.1. Aproximaciones en la identificación de factores sociales y políticos asociados al SM**

El análisis sobre los factores políticos y sociales asociados a la aparición del SM en algunos municipios de Cundinamarca-Colombia, amerita un acercamiento al análisis de las políticas públicas, instituciones y de actores que han venido incidiendo en la atención relacionada con la promoción de estilos de vida saludables de los niños y niñas escolarizados y las acciones concretas sobre su entorno social. Al respecto, aunque estos aspectos no han sido analizados en detalle, principalmente, por el bajo nivel de identificación de SM en edad escolar, sí se han estudiado los actores por separado.

A nivel mundial, el estudio de (Masood, Kothari, & Regan, 2018) refiere la importancia del análisis en la forma de percibir la evidencia por parte de los gerentes de salud pública, profesionales y formuladores de políticas, lo cual es uno de los determinantes clave en la adopción de evidencia. Esto, a propósito de la reciente evidencia sobre síndrome metabólico en Cundinamarca que aún no ha sido valorada por los tomadores de decisiones y que permitiría reorientar algunas acciones que probablemente incidan sobre la detección, prevención y manejo del

SM en la población escolarizada de una manera práctica, eficiente y culturalmente aceptable.

Reconociendo que la promoción de la salud en cualquier contexto de la vida cotidiana de los individuos, en esencia, está aprobada de manera casi irrefutable, se pueden presentar algunas inconsistencias cuando estas acciones de promoción, a la luz de las políticas, se ven limitadas, estandarizadas o puestas en discusión por los mismos ejecutores y receptores. Frente a este aspecto, el estudio de Soto et al (2018) indica que, cuando las acciones de salud pública se llevan a la arena política, pueden convertirse rápidamente en foco de intensos debates, debido, en parte, a las dificultades inherentes a su definición cuando está a espera de su legitimación por parte del Estado. Esta afirmación resulta útil en la medida en que el síndrome metabólico emerge como condición indiscutible de análisis y manejo desde acciones de promoción de la salud en el entorno escolar, pero aún no ha sido objeto de discusión por parte de las entidades territoriales y estatales para el grupo de edad de interés como se puede constatar en el marco de política pública vigente (Anexo 1) donde no se contempla al SM dentro de los factores de riesgo para ENT, por ende, esta condición debe ser puesta en la agenda pública.

Otro de los hallazgos de Soto et al (2018) sugiere que las acciones de promoción de la salud con temas de discusión política implican desafíos diarios expuestos por las inequidades históricas que apuntan a responsabilidades, no solo para el sector de la salud, sino para todos los involucrados en la construcción de políticas públicas, incluyendo al Estado, la sociedad y los intereses de poder (Viana & Baptista, 2008).

Estos intereses de poder, en el estudio de (Lehman & Gilson, 2013) se llevaron al corazón de la implementación de la política con un enfoque de salud y se concluyó que, casi todos los actores políticos ejercían alguna forma de poder, desde el poder autorizado, derivado de la jerarquía y el control del presupuesto, hasta el poder discrecional de aquellos que trabajan en niveles más bajos, con el fin de retener mano de obra o de organizar capacitación en el servicio. Cada una de estas prácticas de poder tenía su fundamento en los esfuerzos de diferentes actores para

hacer que la intervención "se ajustara" a su comprensión de la realidad local. El estudio concluye que comprender y responder a la complejidad de las realidades, intereses y contextos locales y las prácticas de poder de varias capas pueden permitir a los gerentes o tomadores de decisiones adoptar estrategias de manejo más apropiadas (Lehman & Gilson, 2013).

En el contexto del presente estudio este es uno de los factores de análisis: la visión y acciones determinantes de los de los involucrados en la formulación e implementación de la política, para el caso, las que involucran estilos de vida saludable para prevención de enfermedades crónicas en población escolarizada de Cundinamarca.

En aspectos particulares y aterrizados a nuestra realidad, en Colombia, la aproximación al análisis de política pública asociada a la aparición de síndrome metabólico o de enfermedades no transmisibles en población escolarizada es escasa. Sin embargo, se encuentra evidencia de acciones puntuales enfocadas, principalmente, en la alimentación como foco de interés de las acciones de promoción de la salud que buscan la prevención de enfermedades en esta población. Uno de estos estudios (López Daza, Torres, & Gómez García, 2017), realizado en diferentes ciudades de Colombia, con el objetivo de analizar la alimentación escolar en las instituciones educativas públicas, encontró que el Ministerio de Educación ha adelantado estrategias de promoción de la ley 1355 de 2009 en las instituciones educativas, como, por ejemplo, la declaración de la Semana de Hábitos de Vida Saludables. Sin embargo, a pesar de dichas estrategias, los datos obtenidos indican que la mayoría de los municipios, departamentos y colegios estatales con los que se realizó este estudio, no tienen políticas públicas en materia de alimentación sana en tiendas escolares.

En el caso de los colegios que sí tienen política pública, ella hacer un análisis sobre la manera en que estos implementan medidas para hacer frente a la malnutrición infantil, se verifica que la implementación de la política alimentaria y la prevención de la obesidad infantil se basa en el impulso de hábitos saludables tales como la

ingesta de frutas, lácteos, cereales y agua, así como la intensificación de clases de educación física y el entrenamiento deportivo en diferentes disciplinas. A pesar de ser la respuesta más completa de las recibidas, no se expone el modo en que se impulsan estas medidas ni los resultados de ellas (López Daza, Torres, & Gómez García, 2017). Lo anterior permite afirmar, de manera categórica, que son muy pocos los colegios que se ocupan de este tema de la política en materia alimentaria de los menores de las instituciones educativas. El desconocimiento de la norma, así como el poco interés en el asunto, pueden ser las causas principales de este vacío.

Para el caso de Cundinamarca, se identificó un estudio enfocado en analizar si las entidades que coordinan el Programa de Alimentación Escolar (PAE) desarrollan controles y hacen seguimiento a su ejecución, de acuerdo con las necesidades de la población. El estudio encontró que, en la ejecución del PAE (que cuenta con los recursos suficientes, la intervención del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Educación y ha tenido en cuenta a todos los actores para que los recursos sean bien utilizados de acuerdo a los derechos de los niños), los recursos no han sido utilizados de la mejor manera por parte de los operadores, puesto que no hay controles, ni seguimiento y se están entregando alimentos de baja calidad, sin los nutrientes y aportes necesarios de acuerdo a las edades, lo que contraviene las políticas establecidas por el Gobierno Nacional y con el derecho fundamental a la alimentación y a la salud (Ramírez, 2018).

Este panorama, aunque escaso, sugiere la importancia de analizar al SM en la población escolarizada a la luz de los factores sociales, políticos y aspectos de gobernanza que enriquezcan la discusión alrededor de la presencia y puesta en escena de esta nueva condición de salud en los niños, niñas y adolescentes de algunos municipios de Cundinamarca.

### 1.6.2. Síndrome metabólico en edad escolar: evidenciando un problema de salud pública emergente

A partir de la revisión de literatura, se identificó que los trabajos académicos acerca de los factores sociales y políticos asociados con la presencia SM y sus factores de riesgo en edad escolar se organizan de acuerdo con su foco de interés y línea de conclusiones. La Ilustración 1, permite identificar cinco elementos de análisis, en los cuales se enfoca la evidencia encontrada.

Ilustración 1 Elementos de análisis identificados en la fase teórica



Fuente: elaboración propia

### 1.6.3. Síndrome metabólico como problema emergente en salud pública

El SM y sus factores de riesgo en niños, niñas y adolescentes han sido explorados en diferentes regiones del mundo. Las aproximaciones investigativas en este contexto se han desarrollado desde la óptica de la promoción y la prevención, reconociendo que la carga de la enfermedad ha dejado de ser un problema únicamente de adultos y se ha trasladado a población más joven, incluso hasta adolescentes y niños. Los escasos estudios realizados en países en desarrollo

mostraron una prevalencia considerablemente alta del síndrome metabólico entre los jóvenes (Kelishadi, 2007).

En países como Grecia y China, que presentan PIB (producto interno bruto) alto y medio alto, se ha venido documentando un incremento progresivo de exceso de peso en la población y cambios en los estilos de vida que han impactado negativamente a los niños y jóvenes escolarizados. En el caso de Grecia, el SM fue 12 veces mayor en niños con obesidad. Entre estos niños fue común encontrar la glicemia y tensión arterial alteradas, convirtiéndose estos en los factores de riesgo foco de posibles estrategias de intervención. De igual manera, la telemedicina resultó ser una herramienta eficaz para ser aplicada en las escuelas y detectar oportunamente el SM juvenil (Bacopolou, y otros, 2019).

Por otra parte, en China, el sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de 6 a 19 años se acerca a la de países occidentales. Esta situación es altamente valorada al considerar políticas de salud pública y la visibilizarían del problema, con un enfoque que tiene en cuenta la carga de la talla baja de la población (Zhang, y otros, 2017). La prevalencia de sobrepeso / obesidad en niños y adolescentes de 6 a 19 años en Pekín fue cercana a la de los países occidentales, lo que debería ser altamente valorado cuando se consideran las políticas de salud pública. De igual manera, el problema del retraso del crecimiento no debe ignorarse en la agenda pública.

En Tailandia se ha estudiado el fenómeno y se ha llegado a la conclusión de que es importante definir y evaluar claramente el criterio de diagnóstico, cuestión que puede generar resultados variables según el método, sin dejar de lado que es un problema con serias consecuencias en la infancia, así su prevalencia sea baja (Suebsamran, Pimpak, Thani, & Chamnan, 2018).

De forma similar, en América del Norte se considera que la obesidad o el sobrepeso en la infancia es un factor de riesgo importante para el síndrome metabólico en la adolescencia. La prevalencia en el sobrepeso en los niños estadounidenses se



triplicó entre 1970 y 2000, seguido de un aumento en el síndrome metabólico en los jóvenes. En estudios basados en esta población, la prevalencia del síndrome varió de 3,6% a 4,2% y, en estudios más pequeños, con muchos jóvenes con sobrepeso, la prevalencia fue de 28.7% a 39.7% en los que tenían sobrepeso y 49,7% en los que tenían obesidad severa (Harrel, Jessup, & Greene, 2006).

Estas investigaciones demostraron que las enfermeras tienen un papel importante en la detección de estos componentes del síndrome metabólico. La detección es especialmente importante en niños y niñas con sobrepeso y en niñas con menarquia temprana. La prevención y el tratamiento del síndrome metabólico no son específicos del síndrome, sino que deben centrarse en el problema subyacente del sobrepeso y los problemas relacionados que lo conforman. Se deben utilizar todas las vías disponibles para los profesionales de salud, incluida la influencia en las políticas públicas y escolares, y prestar especial atención a los componentes de sobrepeso y síndrome metabólico en nuestra práctica clínica, ya sea con niños o adultos. Prevenir y controlar el síndrome metabólico debe ser un asunto familiar; los cambios necesarios en el estilo de vida beneficiarán a toda la familia. (Harrel, Jessup, & Greene, 2006).

En América Latina, países como México han reportado prevalencia de SM en niños escolarizados entre los 6 a 12 años de 44,3% identificando diversos factores de riesgo metabólicos desde edades tempranas en niños, en particular, el sobrepeso y la obesidad que aceleran la aparición del SM, junto con un riesgo mayor incrementado para la aparición de enfermedades cardiovasculares, indicando que se ha observado que niños con diagnóstico de SM tienen un mayor riesgo de presentar aterosclerosis y DM2 en la etapa adulta (Ávila-Curiel, Galindo-Gómez, Juárez-Martínez, & Osorio-Victoria, 2018).

Otro estudio realizado en México, comparó las prevalencias del SM en niños y adolescentes de América Latina, comprobando una importante variabilidad entre los países, siendo las prevalencias menores del 6% para países como Argentina, Colombia, Guatemala, México y Paraguay, mientras que las mayores prevalencias

fueron para Brasil, Canadá y Venezuela (>12.0%) y además se evidencia la necesidad de definir los criterios de diagnóstico del SM en niños y jóvenes, y la urgencia de diseñar estrategias de prevención de las alteraciones metabólicas en edades tempranas, involucrando la participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas (Pierlot, Cuevas-Romero, Rodríguez-Antolín, Méndez-Hernández, & Martínez-Gómez, 2016).

Por su parte, en Colombia, el Instituto Nacional de Salud encontró una prevalencia de SM en población escolarizada de varios municipios de Cundinamarca Colombia del 14%. Al analizar otros aspectos relacionados con estilos de vida en esta población, predominó el bajo consumo de frutas y verduras, un alto consumo de alimentos ultraprocesados, azúcares y dulces, solo el 10% cumplió con el tiempo mínimo de actividad física y cerca de un cuarto de la población presentó exceso de peso (Instituto Nacional de Salud, 2018).

A su vez, niños y adolescentes de Medellín, Colombia, presentan una prevalencia del síndrome metabólico de 6,1% que justifica la formulación de políticas de salud pública dirigidas a identificar a quienes lo presentan, y el diseño de estrategias para la prevención primaria mediante la promoción de estilos de vida saludables (Ochoa, 2008) .

#### **1.6.4. Factores sociodemográficos asociados a la aparición de Síndrome Metabólico.**

Diversos estudios han intentado comprender los factores que se asocian a la aparición del SM y sus factores de riesgo, encontrándose que el SM es altamente prevalente en Mesoamérica y que la carga de los factores de riesgo metabólico afecta de manera desproporcionada a las mujeres y los niños de menor nivel socioeconómico y a los hombres de mayor nivel socioeconómico, abriendo el debate sobre el análisis de la ECNT en el contexto de los determinantes sociales de la salud (Villamor, Finan, Ramírez-Zea, & Roman, 2017).

Hablando del SM y de los factores sociodemográficos asociados, se describe cómo el entorno familiar y el SM se relacionan moderadamente. A su vez, se encontró que las mujeres que presentaron conflictos familiares mostraron mayor prevalencia de SM. A partir de estos datos se puede inferir que el contexto familiar puede ser un factor de riesgo o protección sociocultural entre los hispanos / latinos en términos de prevalencia de SM, pero estas asociaciones pueden variar según el sexo y el origen hispano (Penedo, y otros, 2015).

#### **1.6.5. Asociación entre estilos de vida y síndrome metabólico**

Frente a esta asociación, los estudios (Suebsamram, Pimpak, Thani, & Chamnan, 2018) en Tailandia resaltan la necesidad de hacer intervenciones para que los estudiantes optimicen mejor el tiempo que dedican a ver televisión, aumentando la actividad física, con el fin de reducir el riesgo de SM en niños y adolescentes.

En España, se ha identificado SM en estudiantes con sobrepeso y obesidad, asociado con un mayor riesgo cardiovascular y el estudio de Pastor et al (2012) analizó el impacto de un programa de educación nutricional en los cambios de estilos de vida en los adolescentes, encontrando que, después de la intervención, se redujo el sobrepeso, la obesidad y también hubo una reducción global en la prevalencia de SM, de 32.2 a 19.7% ( $p < 0.001$ ) en la población estudiada (Pastor-Vicedo, Gil-Madrona, Tortosa Martínez, & Martínez-Martínez, 2012).

Para América Latina, se ha mostrado que más de la mitad de las muertes relacionadas con las enfermedades crónicas están asociadas a comportamientos, que comienzan durante la adolescencia, y son difíciles de cambiar, como el consumo de tabaco, alcohol, mala calidad de la alimentación y falta de actividad física. Por otro lado, la pubertad y la adolescencia son dos etapas complejas de la vida. Los jóvenes buscan su autonomía y prestan mayor atención a su apariencia por lo que un aumento de peso o un deterioro, son factores para reducir su

autoestima, el aislamiento y la fatiga, así como la presencia de episodios depresivos (Pierlot, Cuevas-Romero, Rodríguez-Antolín, Méndez-Hernández, & Martínez-Gómez, 2016).

En Colombia, la aproximación al estudio del SM en población escolar incluye los estudios de Ramírez (2017), quien analizó la asociación entre ir a la escuela en bicicleta, la composición corporal, la condición física y el síndrome metabólico en una muestra de niños y adolescentes. El estudio encontró que usar este medio de transporte con regularidad puede asociarse con una mejor condición física y una menor incidencia de síndrome metabólico comparado con el uso de transporte pasivo, especialmente en las niñas (Ramírez-Vélez, y otros, 2017).

#### **1.6.6. Aspectos socioculturales afectan la aparición de síndrome metabólico**

Algunos acercamientos científicos han identificado aspectos socioculturales, señalándolos como una oportunidad para la orientación de políticas públicas acordes a las particularidades de la población (como entorno, perfil epidemiológico y características sociales). En este sentido, el estudio de Hollar (2012) indica que el enfoque colaborativo, multisectorial y de contexto comunitario específico ayuda a las actividades para el mantenimiento de peso saludable en niños y promueve la integración a la práctica clínica basada en la comunidad, con el fin de transformar las políticas para mejorar la salud infantil que, a su vez, como población proporcionan una guía continua para la implementación de la práctica en todos los entornos (Hollar, Hollar, & Lombardo, 2012).

Asimismo, el enfoque sociocultural fue tenido en cuenta en Japón, invitando a reflexionar sobre las condiciones culturales y sociales que hacen que las diferentes prescripciones de políticas sean más factibles y potencialmente eficaces. También invita a cuestionar si las modificaciones de comportamiento limitadas y los "empujones" pueden llevar a un cambio más amplio en un entorno como el de los

Estados Unidos, donde hay menos normas socioculturales ampliamente compartidas con respecto a un comportamiento de salud aceptable (Borovoy & Roberto, 2015).

En relación con el síndrome metabólico juvenil y los factores socioculturales asociados, Lafortuna (2010) señala que este es un problema médico cada vez mayor en los países industrializados. El SM es altamente prevalente entre los adolescentes extremadamente obesos y sugiere que (además de la edad, la obesidad y el género) los factores socioculturales derivados del lugar de origen, como las prácticas alimentarias, podrían ser importantes. Además, que se deben desarrollar herramientas adicionales para comprender las diferencias epidemiológicas internacionales relacionadas con la obesidad y sus comorbilidades en relación con los estilos de vida en otros países (Lafortuna, y otros, 2010).

De otra parte, un trabajo realizado en la ciudad de Cali-Colombia exploró en términos de cultura algunos aspectos importantes en este contexto, indicó que la construcción de la cultura alimentaria de los escolares es un proceso dinámico y complejo que inicia en la familia y la escuela, evidenciando tensiones entre el discurso hegemónico de alimentación saludable y el consumo mediado por el gusto, las nociones, el afecto y los modos de vida (Hurtado & Garcés, 2018).

Mientras la política se basa en el concepto de seguridad alimentaria y el enfoque social del riesgo, impidiendo que se garantice el derecho universal a la alimentación en un país en el que abundan las inequidades. Aunque padres y docentes se esfuerzan a diario por proteger a los escolares de las estrategias de la industria alimentaria con recursos que les permitan hacer mejores elecciones, la política alimentaria favorece la perpetuación de las relaciones de dominación (Hurtado & Garcés, 2018).

De esta manera se sugiere que para lograr mejores resultados en salud es indispensable empoderar a la comunidad y al personal de salud, para generar desde la sociedad acciones que promuevan una alimentación adecuada desde las

primeras etapas del desarrollo y aunque consciente de esto, el Estado Colombiano ha desarrollado en los últimos años una serie de estrategias y políticas que intervienen directamente en la población infantil y escolar para algunos temas de salud en general, pero dada la complejidad del problema y la persistencia de las desigualdades sociales y económicas, aun no se observan resultados contundentes (Hurtado & Garcés, 2018).

#### **1.6.7. Visibilización del síndrome metabólico como parte de la agenda pública**

Frente a este aspecto, se evidencia la necesidad de reconsiderar políticas de salud pública que se ajusten a las necesidades de los jóvenes. Además, se recomienda prestar atención a los adolescentes con grados leves de exceso de peso (Elsamadony, y otros, 2017), comprender la prevalencia y los patrones de retraso en el crecimiento, la aparición de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes. El riesgo concomitante de SM es de importancia crítica para la política de salud pública (Wu, Li, & Zong, 2016) y los hallazgos de estudios de esta índole son fundamentales para el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la prevención de la obesidad, las enfermedades ateroscleróticas y la diabetes entre la población infantil (Bloch, y otros, 2015).

Igualmente, el aumento de la prevalencia de SM entre los adolescentes hispanos, indica una necesidad urgente de desarrollar políticas adicionales a nivel comunitario e individual para abordar el SM, sus factores de riesgo de ECV asociados (Bassin, Luo, Li, Perez, & Wong, 2013) y poner en práctica las estrategias que resuelven los problemas subyacentes relacionados. Estas estrategias deben incluir la aplicación y gestión de políticas públicas; la colaboración de los servicios de salud, servicios sociales y escuelas. Además, la prevención y el manejo de este síndrome requiere un compromiso familiar, ya que los cambios en los hábitos de vida benefician a toda la familia. Así, se propone introducir estrategias de prevención, diagnóstico y

tratamiento que permitan tratar el síndrome metabólico en adolescentes (Cárdenas Villarreal, Dávila Ramírez, Gallegos Cabrales, Salazar González, & Rizo Baeza, 2009).

En el continente asiático se considera que el SM debería ser altamente valorado cuando se planean las políticas de salud pública, añadiendo que el problema del retraso del crecimiento de la población más joven no debe ignorarse (Wu, Li, & Zong, 2016).

En Estados Unidos, cuna de los primeros estudios sobre el SM, recientemente se ha asociado el SM a la obesidad derivada del aumento en el consumo de alimentos densos en energía por la población, incluyendo la población infantil. En este sentido, se analizó el impacto de la política de nutrición de las escuelas públicas de Texas en la densidad de energía de los niños, mediante una evaluación previa y posterior a la política, resultando en reducciones deseables en la densidad de energía, lo que sugirió una mejor ingesta de nutrientes como resultado del consumo de almuerzos en las escuelas y mejores resultados de salud en los estudiantes (Mendoza, Watson, & Cullen, 2010).

En Colombia, las prevalencias de SM encontradas justifican la formulación de políticas de salud pública dirigidas a identificar a quienes lo presentan y el diseño de estrategias para la prevención primaria a través de la promoción de estilos de vida saludables (Ochoa, 2008) y es necesario tener en cuenta que la necesidad de formular estas políticas no obedece a un tema netamente estadístico, sino que tiene implicaciones para todo el ciclo vital del individuo que se manifiestan desde la edad escolar pero que pueden repercutir en el resto de la vida.

### **1.6.8. Acciones enfocadas en plantear y evaluar intervenciones dirigidas a tratar el síndrome metabólico y sus factores de riesgo**

Frente a este aspecto, los pocos estudios existentes indican que los programas de educación escolar logran una reducción a medio plazo en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad y tienen un efecto significativo y positivo en los componentes del SM en todos los grupos de edad (Haghani, Shahnazi, & Hassanzadeh, 2017).

Según Stoner et al (2013), las modificaciones en el estilo de vida, incluida la actividad física, pueden reducir la morbilidad relacionada con la obesidad y la posterior enfermedad cardiovascular en los jóvenes. Sugiriendo, incluso, que se utilizara COMPASS (Combating Obesity in Māori and Pasifika Adolescent Schoolchildren Study) para orientar la política de prescripción de ejercicios en adolescentes maoríes y pasifikos en riesgo.

Las intervenciones escolares tienen el potencial de afectar significativamente el sobrepeso infantil ya que se puede llegar a un gran número de niños. Sin embargo, tales programas requieren un seguimiento a largo plazo y pueden llegar a ser muy costosos y será necesario combinar múltiples enfoques para la prevención y el tratamiento. Además, sería necesario abordar las políticas y prácticas socioculturales que promueven la obesidad y centrarse en estrategias de prevención para hacer frente a esta epidemia que cursa, necesariamente, con el SM (Kaur, Hyder, & Posten, 2003).

Finalmente, la conclusión de Moreno-Altamirano (2009) lleva a pensar que, en este contexto, es evidente que el problema del SM no puede limitarse a la mirada biomédica y es necesario construir modelos para entender este fenómeno desde la mirada y participación de varias disciplinas, además de la genética, la epidemiología, la historia, la sociología, la antropología, la psicología, la política y la economía, entre otras.



## **2. CAPITULO 2. ASPECTOS METODOLOGÍCOS PARA LA COMPRESIÓN DEL FENÓMENO**

### **2.1. Tipo de estudio**

El presente estudio está planteado desde el enfoque cualitativo y enmarcado en la teoría fundamentada (TF). Esta teoría consiste en el proceso de analizar y comprender la complejidad propia del fenómeno a estudiar, en este caso, la aparición del SM en la población escolarizada de algunos municipios de Cundinamarca, en donde confluyen varios aspectos de diferente naturaleza social y política.

Este método fue elegido porque permitió destacar, tanto la visión del mundo o actores clave como los intereses del investigador, conduciendo a un acercamiento de manera exploratoria pero contundente a las posibles causas que pudieron estar generando el síndrome metabólico en edad escolar (Páramo, 2015). Dado que este es un tema poco explorado, la teoría fundamentada permitió establecer un grado de profundidad que permitió el dialogo con las aproximaciones teóricas relacionadas a los factores sociales que inciden en la aparición del síndrome metabólico en niños y adolescentes. Se logró una adyacencia a la realidad social de esta población, como una manera de análisis diferente y con una visión más fresca, como lo recomienda Glaser y Strauss (1967).

En oposición a los acercamientos hipotético-deductivos, Glaser y Strauss (1967) definieron la TF como una “aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno” (Guillemette, 2006), que tiende a generalizar en la dirección de las ideas teóricas, subrayando el desarrollo de teorías más que la prueba de una teoría” (Hunt & Ropo, 1995). Así, cambiando el orden usual de la revisión de la literatura y la recolección

de los datos, la TF busca adaptar los descubrimientos previos a las características específicas del fenómeno en estudio (Hirschman & Thompson, 1997). A partir de la TF (Charmaz, 2005), Glaser y Strauss (1967) quisieron cubrir la brecha existente entre la investigación empírica, teóricamente “no informada”, y la teoría empíricamente “no informada”, a través de enraizar la teoría en los datos.

La TF hace un énfasis particular en la naturaleza socialmente construida de la realidad (Goulding , 1998) y su objetivo es producir interpretaciones que puedan explicar y proporcionar información valiosa sobre aquellos cuyas conductas son sometidas a estudio (Glaser & Strauss, 1967). También busca identificar las principales preocupaciones de los actores sociales relacionadas con algunas de las estrategias que se pueden emplear en la resolución de las problemáticas que afrontan (Glaser B. , 1992). En este proceso, la TF puede ser vista como un potencial instigador del cambio después de haber explicado el comportamiento de los actores sociales, dándoles un grado de control que no tenían antes (Wuest, 1995) (Hammersley, 1989). Una de sus principales fortalezas es reconocer la complejidad del mundo social (Wells, 1995), sobre todo porque los procesos sociales básicos son un concepto clave de la TF propuesta por Glaser y Strauss (1967).

Por ser interpretativista y tener sus raíces en el interaccionismo simbólico, la aplicación de la TF es más relevante en fenómenos sociales en los cuales las relaciones entre los actores son muy cercanas y las acciones humanas se basan en los significados que los actores consideren apropiados. Estos significados se derivan de la interacción social con los demás; los significados son construidos o modificados por los actores a través de interpretaciones y experiencias sociales (Bryant, 2002).

## **2.2. Instrumentos de recolección de información**

Para esta investigación, se definió la entrevista semiestructurada (Anexo 2: instrumentos de recolección de información) como instrumento de recolección de datos para obtener la información relevante y dar cumplimiento al objetivo principal de investigación. Esta técnica de recolección es de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos por su capacidad de adoptar la forma de diálogo coloquial, permitiendo una *"comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el problema propuesto"* (Canales, 2006).

Dada la naturaleza de esta investigación, se argumenta que la entrevista es más eficaz que un cuestionario porque obtiene información más completa y profunda. Además, presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles, siendo valiosa en estudios descriptivos (como es el caso de esta investigación) y en fases de exploración (Díaz-Bravo, Torruco, & Varela, 2013) que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable y adaptable. A su vez, la entrevista semiestructurada mantiene la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio y es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista de manera relativamente más abierta que en una entrevista estandarizada o un cuestionario (Flick, 2012).

## **2.3. Población y muestra**

La población sujeto de esta investigación se conformó de actores de orden nacional, departamental y municipal; de los sectores salud y educación; y padres de familia. Todos los actores están involucrados en las políticas relacionadas con la promoción de la salud en el entorno escolar, en municipios de Facatativá y Zipaquirá, del departamento de Cundinamarca-Colombia. Además, se entrevistaron otros actores

del nivel nacional, como entidades con sede en Bogotá que pudieran aportar al tema de investigación desde la perspectiva institucional.

Considerando la naturaleza cualitativa de esta investigación, la clase de muestreo definido no fue de tipo probabilístico y, por tanto, no buscó representatividad estadística. Inicialmente, se buscó lograr un muestreo teórico por conveniencia (Miles & Huberman, 1994) eligiendo los actores según sus características y su accionar en los entornos encargados de la atención de la población escolarizada, implementación e injerencia en las políticas, particularmente las asociadas a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles donde el síndrome metabólico y/o sus factores de riesgo podrían ser visibilizados. Además de ser un proceso sencillo y económico que permitió definir otros métodos de selección de participantes a medida que se colectan los primeros datos (Blanco & Castro, 2007).

En este sentido, se definió utilizar una segunda técnica de muestreo por bola de nieve, mediante la cual, a partir de los primeros actores abordados, se contactaron actores referidos por estos, lo que permitió la utilización de esta técnica. Esto permitió establecer una relación de confianza con otros actores, además de acceder a personas consideradas difíciles de identificar (Blanco & Castro, 2007). Cada entrevista fue configurando la necesidad de la muestra, en el sentido de que las categorías de información emergentes fueran saturadas (Ardila-Suarez & Rueda-Arenas, 2013) (Hernandez-Monsalve, Jiménez-Barbosa, & Acuña-Gómez, 2019).

Frente al número de entrevistas, con el fin de mantener el rigor metodológico, se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la literatura que señala que los estudios cualitativos pueden conducirse con un número de entrevistados semejante al empleado en esta investigación (12 entrevistas). De esta manera se puede esperar encontrar resultados válidos, indicando que la convocatoria se puede planear inicialmente con 12 a 20 participantes (Lincon & Guba, 1985), que con 10 a 20 participantes se puede lograr redundancia o saturación de la información (Parse, 1990) y que es posible contar con 3 a 10 participantes para estudios basados en análisis interpretativo como es el caso de esta investigación. Es importante aclarar

que el tamaño de muestra apropiado depende de factores específicos del estudio en cuestión, incluido el nivel académico del investigador (Fetters, Curry, & Creswell, 2013) en este caso, maestría.

De esta manera, se obtuvieron 12 entrevistas clasificadas de la siguiente manera según el actor:

a. Actores institucionales de orden nacional

- ✓ Ministerio de salud y Protección Social: profesional con conocimientos sobre el abordaje en la atención de población escolarizada y las políticas de atención asociadas a este grupo etario. Con un total de una entrevista.
- ✓ Ministerio de Educación Nacional: profesional con conocimientos sobre el abordaje en la atención en temas de alimentación y estrategias de promoción y prevención en temas de salud en población escolarizada y las políticas de atención asociadas a este grupo etario. Con un total de una entrevista.
- ✓ UNICEF: profesional a cargo de la Estrategia Nacional Escuelas Saludables. Con un total de una entrevista.

b. Actores institucionales de orden departamental: Rectores

- ✓ Secretaría de Salud de Zipaquirá: profesionales referentes en el área de salud, con conocimientos sobre la aplicación de las políticas locales de salud en población escolarizada. Con un total de dos entrevistas.
- ✓ Secretaría de Educación de Facatativá: profesionales referentes en el área de salud, con conocimientos sobre la aplicación de las políticas locales de salud en población escolarizada. Con un total de dos entrevistas.
- ✓ Rectoría Colegio de Facatativá: profesional a cargo de la rectoría de una institución educativa del municipio. Con un total de una entrevista.

c. Padres de familia o cuidadores permanentes

- ✓ Cuidador Facatativá: padre, madre de familia o cuidador permanente de estudiantes entre los 5 a 17 años. Con un total de dos entrevistas.
  - ✓ Cuidador Zipaquirá: padre, madre de familia o cuidador permanente de estudiantes entre los 5 a 17 años. Con un total de una entrevista.
- d. Para esta investigación se definió, en última instancia, realizar una entrevista adicional. Correspondió a un delegado de la sociedad civil en el contexto de Cundinamarca. Dada la relevancia de este actor, evidenciada en las apreciaciones de los actores que cumplían los criterios de inclusión y la flexibilidad de la TF en realizar estas aproximaciones. Con un total de una entrevista.

## **2.4. Criterios de inclusión**

### **2.4.1. De municipios**

Bogotá, dado que la capital es sede de las instituciones rectoras de salud y educación. Y dos municipios del departamento de Cundinamarca que tuvieran en la actualidad alguna política orientada a la atención integral en salud aplicada en el ámbito escolar y que incluyera población de 5 a 17 años. Para esta investigación y bajo este criterio, los municipios seleccionados fueron Facatativá y Zipaquirá.

### **2.4.2. De actores**

Secretario de salud o su delegado, responsable de programas de salud en los que se involucren las enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio y la población escolarizada.

Secretario de educación o su delegado, responsable de programas o estrategias conjuntas con el sector salud o autónomas en las que se involucren las enfermedades crónicas no transmisibles.

Rectores de colegios de los municipios seleccionados o docente delegado que tenga a cargo funciones relacionadas con la salud o bienestar de los estudiantes.

Padres de familia que, como actores usuarios de las políticas, brindaron sus percepciones sobre los posibles factores asociados a la aparición del SM.

Personas encargadas de liderar estrategias de promoción de la salud en el ámbito escolar a nivel nacional o departamental.

## **2.5. Criterios de exclusión**

Se excluyeron actores que llevaran menos de un año en su cargo. Dada la importancia del reconocimiento histórico de la implementación de las políticas, programas o estrategias de promoción de salud en el ámbito escolar.

## **2.6. Recolección de información**

La recolección de información se llevó a cabo durante los meses de noviembre de 2019 y julio de 2020. Después de la identificación de los actores principales, según los criterios de inclusión, se realizó un primer contacto vía telefónica para estimar su disponibilidad e interés de participar en el estudio. En la medida en que el actor manifestaba su intención de participar, se realizaba el envío del consentimiento informado (Anexo 3: consentimiento informado) vía correo electrónico o Whats App, junto una propuesta de fecha, lugar y método de entrevista.

Las entrevistas del año 2019 se realizaron de forma presencial en los lugares indicados por el entrevistado. En el año 2020, debido a la emergencia sanitaria por la llegada a Colombia del virus SARS COV 2, fue necesaria la reprogramación de algunas fechas y medios de entrevista. En la siguiente ilustración (Ilustración 2) se evidencia el proceso adaptativo para la recolección de información. Adicionalmente, fue necesario recurrir a firmas electrónicas en los consentimientos informados, impresión, firma y envió del consentimiento escaneado o por foto a la investigadora.

Antes de iniciar cada entrevista, independiente del medio, a cada persona se le explicó en su totalidad el consentimiento informado y se le aclararon las dudas que surgieran al respecto, haciendo un énfasis en la importancia de grabar la misma en medio magnetofónico.

Ilustración 2 Proceso de recolección de información



Fuente: Elaboración propia, 2021



## 2.7. Sistematización de la información

Todas las entrevistas fueron transcritas de forma literal en formato de texto. A cada entrevista se asignó un código alfanumérico y alfabético, según su naturaleza o nombre, con el fin de obtener referencia e identificación (tabla 1) que soportó la organización de la información (tabla 2), recuperación de datos relevantes y sustentación de las teorías a partir de los hallazgos (Strauss & Corbin, 2016). Por tal motivo, en este análisis se incluyen citas directas de los actores entrevistados.

Tabla 1 Codificación para identificación y seguimiento de citas y entrevistas

<b>Código</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Dos primeras letras, nivel de actuación</b>	
AN	Agencia Nacional
GB	Gobierno Nacional
GD	Gobierno Departamental
GM	Gobierno Municipal
IE	Institución Educativa
PF	Padre de Familia
SC	Sociedad Civil
<b>Tercera letra, ciudad de operación</b>	
B	Bogotá
C	Cundinamarca
F	Facatativá
Z	Zipaquirá
<b>Número</b>	
<b>1 o 2</b>	Orden en que se realizó la entrevista por cada entidad

Fuente: elaboración propia

## 2.8. Análisis de la información

Para iniciar el proceso analítico, toda la información obtenida por medio magnetofónico fue transcrita de manera literal, codificada y clasificada con el apoyo del programa N Vivo, bajo la secuencia lógica propuesta por Strauss y Corbin (2016). Para el caso de la TF, los autores sugieren una codificación teórica de los

relatos, convirtiéndose en el principal procedimiento de análisis para construir teoría asociada al fenómeno de la aparición del síndrome metabólico en la población escolarizada. Para el procedimiento de interpretación la secuencia lógica de codificación y organización de la información se determinó a partir de la identificación de categorías abiertas, axiales y selectivas (Strauss & Corbin, 2016) .

En este sentido, se denominó codificación o categoría abierta al proceso de abordaje el texto transcrito a partir del cual se fragmentaron los relatos según su afinidad o temática con el fin de develar conceptos, ideas y sentidos amplios con los cuales se evidenciabas los grandes temas que enmarcaban la problemática. Respecto a esto, Strauss y Corbin (2016) son claros señalando que, para descubrir y desarrollar los conceptos, se debe abrir el texto y exponer los pensamientos, ideas y significados contenidos en él. Lo anterior fue necesario en este trabajo, ya que fue profundamente inductivo. De esta manera, la codificación abierta resultó del examen minucioso de los relatos para identificar y conceptualizar los significados que cada texto o entrevista contenían (Tabla 2).

Luego de la codificación abierta, los relatos fueron agrupados, examinados y comparados en términos de sus similitudes y diferencias obteniendo una clasificación más fina y reducida (Charmaz, 2005). Es importante agregar que, en esta clasificación, existen dos tipos de códigos: abiertos e in vivo. Los primeros conceptualizan el fenómeno a través de la interpretación del analista y los segundos son frases literales que expresan las palabras usadas por los individuos (Tabla 2). Este ejercicio permitió una mayor depuración y la redefinición en las categorías abiertas de las que se desprendió el proceso axial y selectivo.

Tabla 2 Codificación abierta

<b>Codificación abierta</b>	<b>Definición</b>
Relación entre salud y educación en el abordaje del SM en	Opiniones y descripciones sobre la manera en que se aborda se debería abordar la relación entre el sector salud y el sector educación para el manejo del SM y, en general, todos los temas de salud en niños y niñas en

<b>Codificación abierta</b>	<b>Definición</b>
niños y niñas en edad escolar	edad escolar. Incluye las opiniones sobre la responsabilidad de los colegios en el tratamiento de temas de salud, nutrición y estilos de vida.
Lineamientos gubernamentales y políticas públicas en salud	Narrativas relacionadas con los lineamientos gubernamentales y las políticas públicas de salud: críticas, recomendaciones e importancia. Incluye el conocimiento o desconocimiento de estas.
Incentivos de comportamientos saludables y no saludables	Descripciones, opiniones y recomendaciones sobre los incentivos que tienen niños y niñas, familias y la población en general para elegir determinados comportamientos que influyen en su salud y calidad de vida.
Estrategias de sensibilización y capacitación sobre salud y hábitos de vida saludables	Estrategias adoptadas, o que se recomienda adoptar, en temas de prevención y promoción de salud, específicamente en lo relacionado con el SM y los factores de riesgo.
Entornos saludables y no saludables para niños y niñas y sus familias	Opiniones y percepciones sobre el ambiente en que se desarrollan los niños y niñas y la manera en que influye en sus decisiones y comportamientos en salud y estilos de vida.
Empoderamiento y protagonismo de los niños y niñas en su autocuidado	Relatos y opiniones sobre el protagonismo de niños y niñas en el cuidado de su salud. Ejercicios y propuestas encaminadas a escuchar la voz de los niños sobre sus preferencias, preocupaciones y propuestas en torno al cuidado de la salud.
Disponibilidad y gestión de recursos para el fomento de hábitos de vida saludables	Disponibilidad y gestión de recursos financieros, materiales, tecnológicos, pedagógicos y humanos para el manejo y abordaje del SM.
Contexto social y económico que incide en la problemática	Narrativas relacionadas con las condiciones sociales y económicas de las familias y del contexto en general que influyen en el aumento del SM, así como en las posibles estrategias para el tratamiento del fenómeno.
Contexto histórico y cultural que incide en la problemática	Marco histórico y cultural de las familias, y de la sociedad en general, que influye en la incidencia del SM, así como en las posibles estrategias para el tratamiento del fenómeno. Incluye comportamientos y costumbres tradicionales y su transformación en el tiempo.

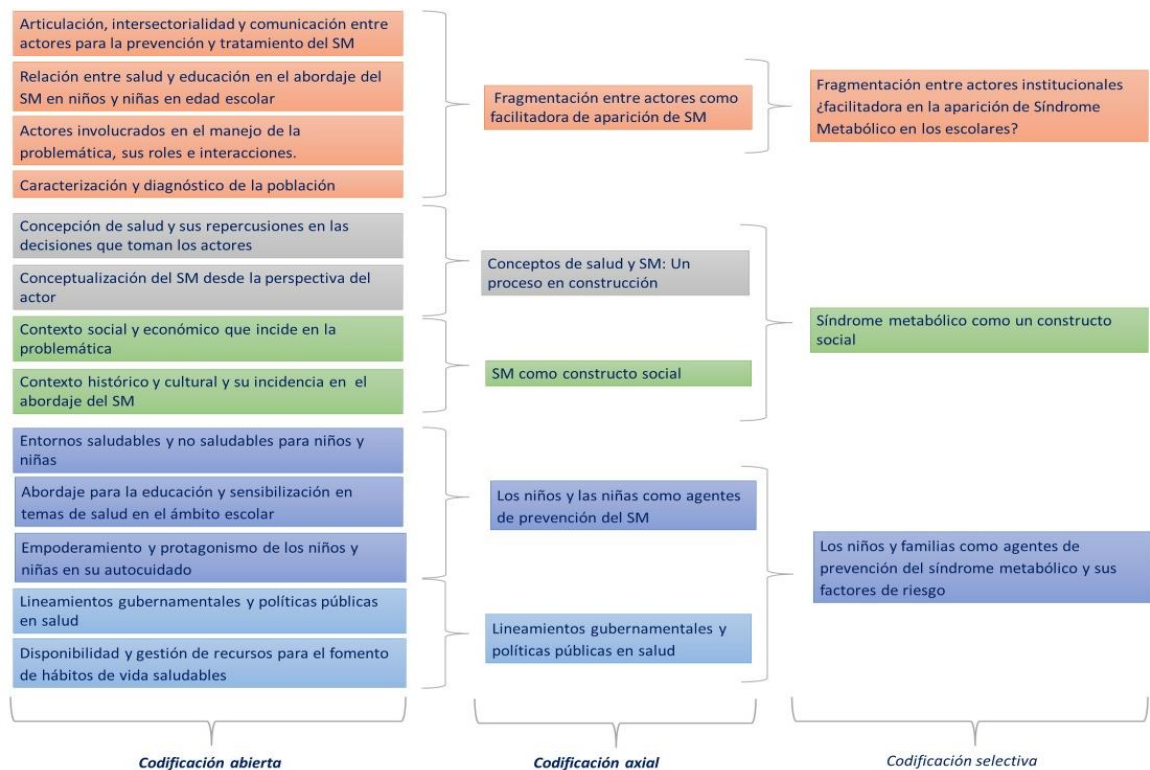
<b>Codificación abierta</b>	<b>Definición</b>
Conceptualización del SM desde la perspectiva del actor	Conocimiento y opiniones de los entrevistados sobre el Síndrome Metabólico, los factores de riesgo asociados y criterios de diagnóstico.
Concepción de salud y sus repercusiones en las decisiones que toman los actores	Intervenciones sobre la manera en que los diversos actores conciben la salud y enfermedad, la importancia de la nutrición y los estilos de vida saludables, así como la aproximación que debería hacerse para modificar comportamientos desde las concepciones mismas de salud y enfermedad.
Caracterización y diagnóstico de la población en edad escolar	Descripciones, opiniones y propuestas sobre las características de la población afectada por el SM, así como los ejercicios y procesos de diagnóstico, caracterización e identificación del riesgo nutricional.
Articulación, intersectorialidad y comunicación entre actores para la prevención y tratamiento del SM	Narrativas asociadas a las acciones articuladas y comunicación entre actores y/o sectores que se desarrollan o deberían desarrollar para el abordaje del SM. Incluye tanto comunicación entre niveles geográfico-administrativos como relaciones entre actores locales.
Actores involucrados en el manejo del fenómeno y sus roles	Narrativas relacionadas con los actores que participan o, según la opinión de los entrevistados, deberían participar en el diagnóstico, prevención y tratamiento del SM en población en edad escolar, así como el rol que cumplen o deben cumplir.
Infraestructura deportiva e incentivos para la actividad física en niños y niñas	Narrativas relacionadas con la facilidad y/o los incentivos que tienen los N&N para realizar actividad física, en el marco del fomento de estilos de vida saludables.
Visibilizarían y apropiación de los temas de salud en la sociedad	Narrativas sobre el nivel de conocimiento, apropiación de conceptos y adopción de hábitos por parte de los diferentes actores. Incluye el nivel de apropiación y la importancia que se le concede al tema desde los organismos gubernamentales y los hacedores de políticas públicas.

Fuente: Elaboración propia, 2021

El resultado de esta primera codificación fue una lista de códigos de la que, al compararlos respecto de sus propiedades, dimensiones y significados, se obtuvo una clasificación mayor o de segundo grado donde hubo una síntesis superior, denominada categoría axial (Ilustración 3).

A partir de allí, se comenzó a organizar la información en códigos o categorías para ir estructurando la problemática a modo de un rompecabezas, con los elementos para la teorización donde cada pieza, categoría o subcategoría ocupó su lugar en el esquema explicativo general (Strauss & Corbin, 2016). Una vez identificados los códigos o temas relevantes y de mayor visibilidad, se procedió a identificar si la ubicación de cada categoría era la adecuada, a modo de ensayo y error, en los primeros intentos. Posteriormente, a medida que se adquirió mayor sensibilidad teórica o analítica, se fue facilitando el trabajo de encajar el indicador conceptual en la categoría, permitiendo la categorización y la generación de conceptos genéricos para proceder a la codificación selectiva final. Finalmente, se integraron los conceptos en torno a las categorías centrales, completando las categorías que necesitaron más desarrollo y refinamiento (Strauss & Corbin, 2016) (Ilustración 3) (Ilustración 3).

Ilustración 3 Codificación abierta, axial y selectiva



Fuente: Elaboración propia, 2021

**Nota.** Cada color comprende una agrupación derivada de las categorías abiertas hasta llegar a las categorías selectivas.

Según la literatura, esta codificación se entiende como un procedimiento analítico particular, amplio y sistemático dentro de la investigación, pero no rígido (Coffey & Atkinson , 2003) (Maxwell, 1996) (Strauss & Corbin, 2016), en el cual la información o datos se fragmentan y dividen en unidades significativas, pero se mantiene una conexión con el total. Los datos se organizaron según un sistema derivado de ellos mismos, generándose un análisis a partir de la actividad inductiva guiada por los datos y no a la inversa, de manera que no se utilizaron conceptos preseleccionados de forma estática y definitiva, que obligaran a los datos a encajar en ellos (Coffey & Atkinson , 2003).

## **2.9. Consideraciones éticas**

Esta investigación contó con la aprobación del comité de Ética de la Universidad Jorge Tadeo Lozano (Anexo 4: aprobación del Comité de Ética), de acuerdo con la resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 (Ministerio de Salud, 1993), en la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De acuerdo con el artículo 11 del capítulo 1 “*de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos*” se establece que la investigación realizada en este trabajo está clasificada en la categoría de investigación con riesgo mínimo, dado que no se realizaron intervenciones directas con los participantes (Ministerio de Salud, 1993). Se incluyó un consentimiento informado que fue diligenciado por los actores definidos en la investigación con el fin de obtener autorización voluntaria de participación en el estudio (Anexo 3: consentimiento informado) y se tuvo en cuenta lo estipulado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 (Congreso, 2012) sobre la protección de datos personales.

Adicionalmente, esta investigación se acogió la normativa para estudios de investigación en humanos, establecida en la Declaración de Helsinki en 1964 (Mundial A. M., 1964), revisada en Tokio en 1975, Venecia 1983, Hong- Kong 1989

y otras revisiones en la 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, en Octubre 1996; y en la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, en octubre del año 2000 (Mundial A. , 2019).

La presente investigación se realizó respetando la dignidad, el bienestar y la privacidad de las personas que participaron y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos. Así mismo, la transferencia de información se realizó bajo parámetros de confidencialidad, se veló por proteger los intereses de los participantes y se garantizó las condiciones necesarias para mantener su anonimato y bienestar.

### **3. CAPITULO 3. SINDROME METABÓLICO: UNA PERSPECTIVA DESDE LOS SOCIAL Y LO TERRITORIAL**

#### **3.1. Contexto general del territorio**

El departamento de Cundinamarca es uno de los 32 departamentos que, junto con el Distrito Capital de Bogotá, forman la República de Colombia. Está ubicado en el centro del país, en la región andina, limitando al norte con Boyacá, al este con Casanare, al sur con Meta y Huila, al oeste con Tolima y Caldas, y con el distrito capital de Bogotá al que engloba excepto por la frontera sureste. Con unos 3'200.000 habitantes en 2019, es el tercer departamento más poblado por detrás de Antioquia y Valle del Cauca y con 111 habitantes por km<sup>2</sup>, el séptimo más densamente poblado del país (Sociedad Geográfica de Colombia, 2021).

El departamento de Cundinamarca es categoría 2<sup>a</sup> y cuenta con 6 áreas funcionales: Área Funcional centro, Área Funcional Borde Sur, Área Funcional Tejido Residencial Tradicional, Área Funcional Grandes Áreas Verdes, Área Funcional Periferia Urbana y Área Funcional Occidental. El departamento de Cundinamarca cuenta con 116 municipios entre ellos, Facatativá y Zipaquirá, municipios seleccionados para el desarrollo de esta investigación (Sociedad Geográfica de Colombia, 2021).

Hacia el año 2005, Facatativá contaba con un total poblacional de 107.452 habitantes, que representaba el 0.25 % del total de la población censada en Colombia, la cual fue calculada en 42.888.592 habitantes y, para el año 2018, la población ascendió a un número de 141,762 (DANE, 2018). Aunque el aumento de la población no fue significativo en relación con el total de la población a nivel nacional, es de gran importancia para el departamento de Cundinamarca.

El Municipio de Facatativá actualmente trabaja en la disminución de los índices de necesidades básicas insatisfechas y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, mediante acciones concretas sobre los problemas más apremiantes,



como son: hacinamiento, inasistencia escolar, analfabetismo, déficit en vivienda y servicios públicos, mortalidad y morbilidad en grupos vulnerables. Se puede afirmar que la economía del municipio se basa en la agroindustria floricultora, la agricultura tradicional en pequeña escala, la ganadería, el comercio, los servicios y un pequeño sector de industria. La dinámica micro y fami-empresarial se concentra en la parte urbana, cuya distribución poblacional está conformada por el 92% urbana y el 8% rural (Secretaría de Educación de Facativa , 2016).

En relación con el sistema educativo, el municipio de Facatativá cuenta a la fecha con 101 establecimientos educativos de los cuales 11 son oficiales, 51 privados, 28 de educación para el trabajo y desarrollo humano y 11 de educación para adultos. A 2016, último dato disponible, se contaba con una matrícula de 18.054 estudiantes (Secretaría de Educación de Facativa , 2016).

Para la vigencia del 2016, se garantizó el servicio de alimentación escolar que brinda un complemento alimentario al 20% de los matriculados, entregando 1.308 raciones de jornada única a los niños, niñas, jóvenes y adolescentes escolarizados en las áreas rural y urbana. Acorde con los Lineamientos Técnico-Administrativos y Estándares del Ministerio de Educación Nacional (MEN), que priorizó y focalizó población en todas las sedes de las Instituciones Educativas Oficiales (Secretaría de Educación de Facativa , 2016) amparados en los lineamientos del Programa de Alimentación Escolar (PAE) y bajo los principios de corresponsabilidad, cofinanciación, bolsa común y articulación de todos los actores según lo establecido en el Decreto 1852 del 16 de septiembre de 2015 y la Resolución 16432 de 2015 (Secretaría de Educación de Facativa , 2016).

Por su parte, Zipaquirá es actualmente la quinta ciudad más poblada de Cundinamarca. Se esperaba que, con el incremento de la zona comercial de Zipaquirá, la ciudad demográficamente aumentara el número de sus barrios, urbanizaciones y veredas y de 124.376 habitantes en 2005 (DANE, 2005) pasó a 130,432 en 2019 (DANE, 2018).

Las estadísticas de pobreza y calidad de vida del municipio ubican a Zipaquirá en una mejor situación que el promedio departamental y nacional. Sin embargo, manifiesta un rezago significativo en relación con Bogotá. El índice de calidad de vida en Zipaquirá (79,5) está por encima del promedio departamental (67,5) y nacional (70,8), pero por debajo del de Bogotá (84,4). Casi la mitad de las viviendas del municipio pertenecen a los estratos 1 y 2, y la pobreza rural es elevada (Secretaría de Educación de Zipaquirá, 2017).

En el municipio, el 19,4% de la población está afectada por necesidades básicas insatisfechas. Este indicador es superior al de Bogotá (17,3%), pero inferior al de Cundinamarca (34%) y al nacional (37,2%). Como es usual en el país, el índice es superior en la zona rural (30,5%) que en la cabecera del municipio (17,7%). Con todo, el indicador del nivel rural muestra una situación mejor en el municipio que en el departamento (45,5%), en el promedio nacional (62,5%), e, incluso, que en Bogotá (38,1%) (Secretaría de Educación de Zipaquirá, 2017).

El municipio de Zipaquirá cuenta con 10 instituciones Educativas Municipales y 24 sedes educativas anexas a estas; 3 de las 10 instituciones están ubicadas en zonas rurales. Esto, teniendo como referencia el Decreto municipal 121 de diciembre de 2012. La proyección para el 2016, último informe disponible, fue de 14. 572 estudiantes matriculados en primaria, bachillerato y técnicos. El municipio destina recursos para complementar la alimentación escolar de los estudiantes y, en la actualidad, en Zipaquirá se están beneficiando 6.546 estudiantes de las Instituciones Educativas Municipales del sector oficial, priorizando los niños y niñas que tienen jornada continua, que están en condición de discapacidad y/o que hacen parte de la población víctima en diversos contextos (Secretaría de Educación de Zipaquirá, 2017).

Adicionalmente, la identificación de los factores sociales y políticos asociados a la presencia o aparición del SM en los escolares de Cundinamarca, particularmente en los municipios de Facatativá y Zipaquirá, surgió de la visión y perspectiva de los diferentes actores involucrados, los cuales, desde su experiencia de trabajo o

vinculación en programas y estrategias de orden nacional y local dirigidas a población escolarizada de 5 a 17 años, permitieron enfocar el análisis de este fenómeno en tres niveles de actuación. Desde lo institucional se identificó una posible fragmentación y falta de comunicación que permitiera un adecuado abordaje del problema; desde la municipalidad y la comunidad, en quienes se identifica el inicio del entendimiento de la problemática como un constructo social y, finalmente, con la importancia de la vinculación de los niños, niñas y adolescentes en los procesos de construcción de intervenciones dirigidas a incidir en su bienestar.

### **3.2. Fragmentación entre actores institucionales ¿facilitadora en la aparición de Síndrome Metabólico en los escolares?**

#### **3.2.1. Articulación, intersectorialidad, roles y comunicación entre actores para la prevención del SM**

El abordaje del SM y sus factores de riesgo en el entorno escolar estuvo relacionado con las acciones de diversas instituciones. Las instituciones educativas, obedeciendo a políticas locales, debían asegurar, no solo los requerimientos de educación formativa, sino aquellos que complementan la atención integral, apuntando al bienestar de los estudiantes e incluyendo para ello temas de salud. De allí que, las instituciones educativas debían trabajar en conjunto con el gobierno local para la inclusión de temas de salud en el entorno escolar.

Esta relación, en el caso de los municipios seleccionados para el estudio, se dio por medio de la interacción entre las secretarías de salud y educación de estos. Sin embargo, la coordinación de acciones de salud pública dirigidas a los estudiantes no lograba satisfacer las expectativas de ninguno de los dos actores. Por parte de salud, la percepción es que, en los colegios, aunque se logren realizar acciones cuyo objetivo principal es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades,

no siempre resultan en cambios de conducta de la población objetivo. Por el contrario, en ocasiones, se convierten en una carga adicional para profesores o directivos estudiantiles que, sin preparación para manejo en temas de salud, deben responder a su vez por las múltiples tareas derivadas del sistema educativo.

Como veo la interrelación en este momento, a salud haciendo uso del espacio educativo. Haciendo uso, me refiero a que, como se deben cumplir ciertas metas, entonces en el espacio educativo es donde se pueden cumplir esas metas. A educación con cargas. Y no solamente en la especificidad del síndrome metabólico, también a educación se le han puesto cargas de salud, sin tenerlos preparados a ellos (GNB1)

Pero la promoción de la salud real no, digamos que no se permeaba y se quedaba muy en el entorno de la salud, no pasaba a los otros entornos. Y, digamos que hace un tiempo se ha venido avanzando en eso, pero pues, todavía nos falta y nos falta tiempo para ver los resultados de empezar a hablar de que la salud se vive en todos los entornos y no solamente en el entorno de la salud (GNB2).

Como se mencionó anteriormente, las interacciones entre el sector salud y educación, en lo referente a temas de salud, no siempre resultan en cambios de conducta que lleven a los estudiantes a tener un mejor estado de salud. Esto parece ser el resultado de un conflicto no manifiesto que impide una adecuada articulación, derivado de la disonancia que existe entre los dos sistemas, el de salud y el de educación, cada uno con sus propias lógicas, estructuras y misiones. Para el sector educación, no necesariamente se enfocan en acciones de salud nutricional o prevención de enfermedades. De esta manera, es inevitable la tensión, en un momento en el que se requieren acciones de salud pública, dirigidas a una población que pasa gran parte del tiempo cautiva en un ambiente escolar que el sector salud ha venido aprovechando para ejercer estrategias e intervenciones dirigidas a población escolar.

Siempre salud se ha enfocado mucho en trabajar en los entornos en el marco de la salud pública y acudir a las escuelas desde sus intervenciones. Pero se ha encontrado con una muralla bien grande y es la muralla del sistema educativo. El sistema de salud tiene sus propias lógicas, sus propios niveles, sus propias dimensiones y, así mismo, el sistema de educación tiene sus propias dinámicas. Poner en interlocución dos sistemas es complejo. Lo mismo pasa con el sistema jurídico, etcétera. Entonces, que salud vaya al sistema educativo, muchas veces, siente el sistema educativo que salud le está diciendo qué hacer o qué no hacer con su población o que se está involucrando en los procesos pedagógicos y de

enseñanza de aprendizaje que, como función social, tiene la escuela ¿Si? Pero a Salud le interesa más es el bienestar, como actuar de maneras conjuntas (GNB2).

En la medida en que la transición nutricional impone nuevos retos en salud pública, asociados a la prevención de enfermedades crónicas, se hace más necesario el trabajo intersectorial efectivo. Sin embargo, en la relación salud y educación se evidenció un vacío en la comunicación que induce a cada sector a trabajar aisladamente con el fin de responder a sus propios objetivos y metas, propiciando un “desvanecimiento” o “fragmentación del sujeto” que puede resultar en vulneración de derechos, desperdicio de recursos, duplicidad de acciones y poca efectividad.

Ese puente históricamente ha estado roto, porque siento que se llega al punto de decir “eso no es mi competencia, eso no me corresponde. Entonces, yo hago lo mío y usted hace lo suyo”. Y se fragmenta el sujeto. Es un sujeto especializado de la atención que se fragmenta y, al final de cuentas, se vulnera en sus derechos... Porque los niños no están aprendiendo a cuidarse bien, porque los niños tienen estos comportamientos, porque no se corrige al niño para no tener que castigar al adulto. Son puras visiones clásicas que se le han dado a la escuela, pero la escuela dice: “yo solamente soy un entorno, por el cual pasan cotidianidades, pero no tengo toda la responsabilidad... Entonces, lo que se hace en ese sujeto se desvanece y se imposibilita por el papel de sus entornos. Entonces pienso que eso, entornos inmediatos, ese mesosistema que está ahí y ese microsistema es fundamental pensarlo y transformarlo (ANB1).

De otra parte, desde la perspectiva del sector educativo, se evidenció un alto grado de conciencia y sensibilidad frente a la importancia del ámbito escolar en el abordaje de acciones de salud pública. También se evidenció un trabajo interinstitucional o coordinado con otros sectores y la puesta en marcha de acciones que involucran elementos de gestión pública como facilitar, movilizar, desplegar, adjudicar responsabilidades por grupos, según el personal disponible, y los cursos a intervenir, amparados en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Aunque en pocos momentos las instituciones educativas se apoyan en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y universidades, que son llamadas a participar de actividades de promoción y prevención, la comunicación entre ellos y

el dialogo regularizado, en ocasiones, permitía unos mejores resultados en cobertura que beneficiaban a todos los actores. La percepción desde el sector salud, es que estos trabajos apuntaban a metas e indicadores de corto plazo, dadas las metodologías pedagógicas utilizadas tradicionalmente como talleres, capacitaciones y charlas, con tiempos limitados en los que no se cuenta con la posibilidad de evaluar el impacto real en la modificación de estilos de vida de los estudiantes.

Pero si yo sé, en mi institución educativa, desde la gestión, yo soy una rectora y yo sé a mi población escolar asegurada cuál pertenece a esta entidad y cuál pertenece a ésta otra. Puedo gestionar esos procesos de “empatizaje”, porque también a las IPS les conviene eso, para poder identificar cómo está la población y a qué servicios remitirlos (IEF1).

Dentro del municipio hemos diseñado unas estrategias de educación. Pero mira, el municipio tiene 19.600 estudiantes en matricula [y] beneficiarios del programa de alimentación escolar, 9690. Digamos que le apuntamos a la mitad y, de esos, alcanzamos a capacitar, en un año,, a 3.000 bien capacitados. Y yo soy una sola. Entonces, obviamente, el tema educativo. Yo no soy mucho nutri de talleres, los talleres no los hago yo. Tenemos un aliado que es una fundación que se llama Vive Sano y ellos nos ayudan con las actividades. Salud sí tiene que hacer actividades de educación. Entonces, las tres nutris nos pusimos de acuerdo y las tres damos el mismo taller: salud trabaja de sextos a octavos, yo trabajo la primaria, y desarrollo social, trabaja de noveno a once ¿Si? Para, digamos que atacar, tener una mayor cobertura de población: Pero el secreto, yo leía lo que ustedes escribieron, sí hay que apuntarles a campañas educativas, pero no la actividad educativa tipo taller sino mucho el tema de PIC (GMF1).

Porque también, cuando uno mira, en el sector salud, desde las acciones de salud pública y todo el plan de intervenciones colectivas, pues se contrata unas acciones y, finalmente, el cumplimiento de lo que tú haces está. Por si "hiciste las diez charlas que está en el PIC, ¡Ah, bueno!" Te chuleo. Okey. Pero que eso tenga realmente un impacto en lo que pasa en la realidad de las personas, pues no lo podemos determinar. Y ahí creo que esos procesos de educación y salud también tienen que reformularse. No es dar una charla, no es dar un taller sino que es pensar en procesos educativos articulados completos, que tengan una secuencialidad, que respondan a ese análisis que tiene cada territorio. Pero si no se hace, te voy a dar una charla de tal cosa (GNB2).

Incluso se tienen mecanismos de política que obligan a ciertas actividades de educación alimentaria, como, por ejemplo, el PAE, y, en este sentido, la participación conjunta de educación y de salud se ve forzada, presentando dificultades desde ambas partes. Esto termina, finalmente, en la percepción, desde los actores, de que las acciones son poco efectivas, poco sinérgicas y

codependientes, a voluntad de los dos sectores, sin las claridades que cada sector necesita para el buen ejercicio de una estrategia conjunta.

Por ejemplo: los colegios, la propuesta con los padres ¿cuál fue? Con el tema del decreto, yo obligo a todas las instituciones a darme el espacio obligatorio. No es si quieren abrimme el espacio, porque, digamos que hay que educar, pero dependemos del cronograma o del PEI que tengan las instituciones. Es a voluntad, ósea, si el rector te quiere dar el espacio, te lo da, si no, no. Con el decreto de las tiendas escolares, se tienen que hacer las actividades educativas, para estudiantes y para tenderos ¿sí? Y, obviamente, a través del programa de alimentación escolar, para los beneficiarios del programa de alimentación escolar, ¿qué hay que hacer? que todos tres le apuntemos a la misma actividad (GMF1)

De esta manera, se reconoció la necesidad del trabajo articulado organizado y de identificar las falencias que pueda presentar cada sector en este proceso comunicativo y concebido para fines comunes que beneficien a la población escolarizada.

La idea es que se generen acciones articuladas entre los actores, sí. Que haya realmente respuestas intersectoriales. Que no solo cuando hay diálogo y comunicación y articulación se pueden lograr cosas maravillosas. Realmente tendría que haber una comunicación, pues, como un enfoque práctico, un análisis de la situación, un enfoque práctico que lleve a tomar acciones certeras frente a la situación (GDC1).

Estas afirmaciones permitieron reconocer que los colegios son conscientes de sus limitadas capacidades en múltiples niveles (infraestructura, espacios abiertos, aulas, etc.) y de que no cuentan con herramientas técnicas y pedagógicas para enfrentar temas de salud, entre ellos, los factores de riesgo asociados a SM. Aunado a otros problemas para ellos más sensibles, como lo son el desperdicio de alimentos, las minutas (a su juicio, inadecuadas, repetitivas y poco agradables para los estudiantes), al bajo costo que se paga al operador por cada ración, la reflexión de si las raciones son el mejor medio de mitigar el problema, si se debe involucrar a la familia y las implicaciones de los temas contractuales y la percepción negativa que se tiene acerca de estos procesos contractuales con el Estado.

Entonces ¿cuál es la dificultad? El ministerio da un lineamiento a los municipios, contratan un operador. Pero los municipios que no cuentan con los profesionales de nutrición andan solitos, porque sólo buscan que le entreguen las raciones y ya. Pero el tema del desperdicio, el tema de las minutas, el tema está muy suelto” (GMF1).

¡Ah, no! En Cundinamarca tenemos dificultades de infraestructura, el pago que se le da al operador por la ración, se paga muy poquito (GMF1).

Aunado a lo anterior, otro aspecto crítico en el mantenimiento y continuidad de una comunicación fluida entre los dos sectores, es la insuficiencia del personal de nutrición y la intermitencia de este. Esta situación deriva en procesos interrumpidos e incompletos, que dificultan la empatía, debilitan la voluntad y motivación de trabajo en ambos sectores y amplía aún más la brecha entre objetivos y metas de salud pública. Se genera así, una idea de estado de bienestar en el que el Estado es el único responsable o benefactor y se refuerza la percepción sobre el individualismo en la que, cada institución o sector, se ve obligado a actuar por cuenta propia, sin atender los requerimientos, ni entender las necesidades de los demás sectores para lograr un trabajo articulado efectivo.

Sí. Y lo otro que facilita, finalmente, es la voluntad de las personas que trabajan en cada sitio. Y me explico: he estado en varias entidades, que siempre, desde hace muchos años, tiene dentro de sus políticas el trabajo intersectorial. Pero cuando hay funcionarios que no tienen esa capacidad y esa empatía para poder trabajar con otras entidades y otras personas, la verdad no se puede (ANB1).

Pues, sinceramente ¡Ay, Dios Santo! No sé. Porque me parece mejor, hubiese sido mejor un bono, el bono hace de pronto... que le diría yo...de pronto, la familia, pues compra de otra situación diferente. Pues, a ver, a mí me parece muy poquitica comida para lo que les está dando a los niños. Pero, pues, eso yo lo manifesté algo a las entidades institucionales acá de Facatativá. Pero, pues una crítica de esas no es algo que les guste a los líderes de la educación, no. Pues el operador es del mismo estado. Entonces, cuando es la contratación del mismo estado... (Silencio) (IEF1).

### **3.2.2. Caracterización, diagnóstico e identificación de factores de riesgo en la población.**

El siguiente aspecto que posiblemente causa alteración en la relación entre los dos sectores estuvo asociado con la responsabilidad en la identificación y diagnóstico



de estudiantes con factores de riesgo en salud y en este caso para SM. Este es un tema no resuelto por ninguno de los implicados y que ha traído dificultades al momento de la notificación, clasificación y remisión de los estudiantes a servicios especializados, incluso en el ajuste de las intervenciones para que tengan un mayor impacto e involucramiento de otros sectores importantes mencionados por los entrevistados, como el cultural, de industria y comercio, seguridad, infraestructura, entre otros.

Con relación al sector cultura, también tiene mucho que ver, pues porque ellos pueden impactar mucho, lo que es las tradiciones de las familias y también dar a conocer o sensibilizar, frente a la práctica y la implementación de hábitos alimentarios adecuados, frente a la importancia de la actividad física, frente a la importancia de generar hábitos realmente saludables (GDC1).

En el sector de seguridad también, tiene que ver mucho, porque, a veces, pues la práctica se limita al espacio del hogar, y, pues, a veces, no hay ni siquiera espacio para ello. Yo recuerdo, cuando yo era niña, yo salía a la calle y era dueña de la calle y jugaba en la calle y me subía a los árboles, iba al parque. Y ahora eso no ocurre (GDC1).

El espacio de cada urbanidad tiene que ver. Los espacios eran grandes, las casas eran grandes, los niños teníamos donde jugar. Actualmente, pues las casas son pequeñas, son limitados los espacios para el juego. Entonces, pues, obviamente, también aquí, eso ha incidido tremendamente en la conducta sedentaria de los niños y de las niñas. Cada vez hay menos espacios para el juego, menos tiempo para el juego y, otro factor, también, pues, que tiene que ver ya, con los hábitos familiares, es que ha incidido negativamente en la práctica de hábitos alimentarios saludables, es que, obviamente, el tránsito de la mujer de llegar del trabajo, eso también hay que tenerlo en cuenta, ya que, anteriormente, las mujeres, pues, regularmente estaban en su casa y eran quienes preparaban los alimentos, entonces ahora las mujeres trabajan, ya casi no hay tiempo para cocinar, entonces, obviamente, se opta por preparar alimentos rápidos, y que, seguramente no son los más nutritivos, entonces, pues aquí hay que mirar como todos los frentes ¿no? Los posibles frentes de acción (GDC1).

Además, se percibió un conflicto derivado de la responsabilidad en la identificación de situaciones que ponen en riesgo la salud de los estudiantes entre salud y educación. Esto pone en evidencia una necesidad mayor, que no depende de ninguno de ellos, sino del Estado mismo, en la medida en que es éste el que debe definir, claramente, los roles de cada sector, facilitando los mecanismos de identificación, comunicación y trabajo intersectorial. En últimas, esto se traduce en un vacío en las políticas vigentes, tanto de salud como de educación, que debe ser

sustentado desde una política de estado más amplia, basada en una voluntad congruente con el proceso de salud y enfermedad y todos los involucrados.

En este ejercicio que estamos haciendo con el gobierno nacional, entonces, esa es la disputa continua. Decir “no, es que el rol de la escuela no es identificar situaciones de riesgo nutricional, eso es de salud” (ANB1).

Pues yo pienso que, uno de los elementos al respecto es que, volvemos a lo mismo, no podemos seguir creyendo que el problema de nutrición es salud ¿Por qué? Porque estamos recibiendo la carga de la enfermedad, pero los determinantes, son transectoriales. Son transversales y deben involucrarse. Lo que yo les decía: medios de comunicación, voluntades políticas, la industria, el comercio. Osea, pienso que todos deberíamos caminar hacia el mismo lado, pero en un ejercicio transectorial y con una gobernanza que, lo que se supone que busca es el fortalecimiento de las autoridades solitarias. Ese es el ejercicio de la gobernanza y de que yo, en Zipaquirá, debo liderar y buscar procurar, por lo menos, que todos hablemos el mismo idioma y todos vayamos hacia lo mismo en un ejercicio transectorial, no seguir pensando que es el problema de salud (GMZ1).

Sin embargo, pues a veces pues no hay voluntad política para que realmente las cosas se den y, en la práctica. Entonces, yo diría, pues, bueno, son varias como las causas o lo que puede ir generando esta condición, en los colegios (GDC1).

-Es decir que, por ejemplo: si hablamos, en particular, de algunos signos específicos, como sobrepeso, obesidad, hipertensión, problemas por ejemplo con el perfil lipídico, ¿tú crees que estos problemas no se identificarían fácilmente en una institución de parte del individuo o del docente? Ni por los niños, ni por los profes. Yo creería que por los padres tampoco. Aunque no tuvo relación directa con los padres, uno se da cuenta [en] la consulta pediátrica, estas situaciones no lo ven como un problema en particular (GNB1).

De esta manera, el tema de la identificación de escolares en riesgo o con SM se convirtió en el cuello de botella: según la política gubernamental (Resolución 518 de 2015), el abordaje de temas de salud en la población escolarizada y acciones de salud pública como tamizaje, clasificación o diagnóstico está a cargo del ente de salud correspondiente y su consolidación, a partir de un sistema de vigilancia. Sin embargo, está supeditado a la prioridad y los recursos disponibles en el momento. En el mejor escenario, la entidad de salud, a partir de intervenciones colectivas, logra realizar una caracterización del estado de salud nutricional de los estudiantes, en ocasiones, con el apoyo de universidades, mientras que, en otras ocasiones, los colegios asumen esta responsabilidad por iniciativa propia, no siempre acompañados del sector salud. En general, no se cuenta con información precisa sobre el estado de salud nutricional de la población escolarizada y se cuestiona el rol de los aseguradores e IPS en este aspecto, de los cuales se esperaría la

notificación de los casos de niños o niñas con factores de riesgo nutricional o seguimiento de estos.

Nosotros tenemos una práctica de nutrición pública con la Universidad Nacional: Tenemos 4 rotaciones al año. Lo que hacemos, primero que todo, es hacer el diagnóstico, pues, de una muestra de estudiantes con base al tamizaje, básicamente es eso... El compromiso de las EPS, porque se supone que tiene que caracterizar, ellas son las que tienen que generar sus grupos de riesgo, tienen que identificar y hacer las contrataciones que le permitan también al prestador. Por ejemplo; ese tipo de situaciones, yo no estoy diciendo que sea culpa de IPS o culpa de la EPS, que no se tome un laboratorio, que no se haga una intervención adecuada. Pero también pienso que, si las EPS no se limitaran a girar un recurso, a recibir una factura, y a desglosar una cuenta, seguramente, si tuvieran más conciencia de que deben tener su, eh, eso, de gestionar el riesgo antes de esperar a que llegue la enfermedad y el alto costo, pues si tuvieran esa conciencia las aseguradoras seguramente que el tema sería otro y el cuento iría por otro lado (GMZ1).

De hecho, el sistema de monitoreo con que cuenta el departamento de Cundinamarca para priorizar la atención nutricional es el sistema de Monitoreo Alimentario y Nutricional de la Gobernación (MANGO). Este sistema resulta ser más útil para realizar vigilancia en población menor de 5 años, en quienes se puede identificar fácilmente su estado nutricional, pero no sucede lo mismo con la población entre 5 y 17 años, entre quienes, a partir de este sistema, no es posible identificar factores de riesgo, ni a la población misma, siendo poco útil para el sector educación o para el direccionamiento de acciones concretas en los colegios o escuelas.

Cundinamarca maneja un sistema que se llama MANGO, que es monitoreo alimentario y nutricional de la gobernación. Por eso se llama MANGO y pues se quedó ese nombre como para darle una connotación de una fruta, de alguna u otra manera. Entonces ya nos familiarizamos con el mango... Es monitoreo alimentario nutricional de la gobernación, ese es un programa de Cundinamarca, eso es lo que vino a reemplazar el SISVAN de toda la vida. Está dividido en los tres grupos que ustedes ya conocen, unos si lo conocen: está menores de 18 años y mayores de 18 años y gestantes, son los tres grupos que maneja MANGO, como está distribuida la población. Entonces, aquí, digamos, tenemos y alimentamos el sistema por diferentes fuentes: uno son las fuentes que nos generan directamente las IPS, donde ellos, pues, es un aplicativo como la mayoría, que son un flujo de información ascendente. Entonces ellos nos hacen llegar la información, o sea, que hacemos una validación y generamos la información a Cundinamarca. Desde aquí se hace la prescritica, se hace la revisión de la información y, aun así, se pasan, a veces, daticos. Pero, digamos que, a través de él, identificamos las situaciones, sobre todo en menores de 5 años es, digamos, es la que más se enfatiza. Pero, finalmente, se evalúa toda la base, donde se determina, a partir de él, es donde se determina el diagnóstico nutricional. Entonces, a partir del aplicativo de la exportación del análisis de este, salen todos los

indicadores de obesidad, sobrepeso, delgadez, bajo peso y, por lo demás nutricionales se está manejando actualmente (GMZ1).

Cuando tú miras los reportes de MANGO, lo que menos notificación tiene es la población escolar... Entonces, lo que te digo, el MANGO, que es el sistema de información para mi municipio, el reporte de Faca, son como 300 estudiantes en edad escolar para el año... la matrícula de Faca de colegios públicos y privados es como de 40.000 estudiantes. Entonces, 300 de 40.000, ósea, y, si te digo, el de Funza fueron también como 300 estudiantes. Yo trabajo en Faca y en Funza, entonces ¿qué veo? el sistema de vigilancia no tiene información porque no hay reporte (GMF1).

¿Quién tiene el dato sobre el estado nutricional de los estudiantes? Nadie, quien lo debería tener, salud, en la matrícula se debe exigir la valoración de crecimiento y desarrollo que es hasta los 10 años, la curva va hasta los 5 años. Si después de los 5 se pide un certificado médico de peso y talla, el certificado médico lo puede dar cualquier médico particular. Pero, entonces, mi tarea en educación debería pedirse en el área de vigilancia ¿cierto? De educación, donde se hace el tema de certificación, que cada estudiante iniciando el año entregue su valoración ¿sí? de EPS. Con eso los obliga a uno de ir a consulta de crecimiento y desarrollo o la del adolescente y eso incluiría un reporte (GMF1).

Esto lleva a pensar que un aspecto inexistente en estos sistemas de vigilancia son los datos relacionados con los factores de riesgo de SM: la medición, registro y notificación de hipertensión arterial, hiperglucemia o hiperlipidemia no es común; incluso los datos de peso y talla o una clasificación nutricional o son registros que no se solicitan. La única fuente posible para estos datos, aunque no es accesible, resulta ser la obtenida a partir de las IPS, en casos de consulta médica hacia los escolares. Sin embargo, esta información no llega a las secretarías de salud o educación. Entonces, más allá de datos antropométricos, como peso y talla, estos sistemas no son pertinentes para el abordaje de los factores de riesgo para SM o el SM en sí mismo.

No solo antropometría. Ahí se supone que el médico, si lo encuentra en sobrepeso, le enviaría un cuadro hemático o un perfil lipídico, sí. Y ahí sí ya tendríamos información través del sistema de salud. Porque el que debe vigilar y controlar es salud, pero nosotros tendríamos un insumo importante para hacer el tema de evaluación. Otro problema, la focalización ¿Qué es eso? Se tiene una matrícula, pero no siempre todos los matriculados son beneficiarios... los controles de crecimiento y desarrollo, después de los 10 años, no son obligatorios. A nadie le interesan y, mucho menos, a perfil lipídico. Es decir, a ti te dan un perfil lipídico cuando ya tienes un peso así... porque la EPS no te lo ordena, por costos (GMF1).

Adicional a la dificultad relacionada con el alcance del sistema de vigilancia actual para la identificación de escolares en riesgo nutricional, no puede pasar

desapercibida la frustración de los trabajadores de salud y educación respecto del impacto de los cambios en los estilos de vida, como uno de los factores sociales y culturales que mayor efecto han tenido sobre la salud de la población en general. Particularmente, son las personas más jóvenes, (niños, niñas y adolescentes) quienes se están viendo seriamente perjudicados. Es prioritario examinar profundamente los condicionantes de esta situación. Puntualmente, el tema de la alimentación surge como un factor cultural en el que inciden tanto los gustos y preferencias como los hábitos adquiridos en el hogar y en la escuela. En este último espacio, es imperativo analizar la huella que ha dejado la venta y suministro de alimentos densos en azúcares, grasas y ultraprocesados en las tiendas escolares sumado a la baja práctica de actividad física.

Porque, digamos, la respuesta fácil es decir, ellos tienen toda la responsabilidad, porque ellos son los sectores que, digamos, están liderando públicamente, pues, tanto la salud como la educación, es decir, salud tendría que ver en todos los ambientes alimentarios, o lanzar la regulación que permita que haya unos ambientes saludables, en las escuelas, en todos los entornos saludables que llaman, y, en educación, pues, debería facilitar el trabajo de salud, y pues educación, hoy día,, aquí también, tiene nutricionistas que yo sepa, y, pues debería también poner de su parte. Sin embargo, después de todo lo que he hecho y he trabajado, a veces a mí me cuesta tanto culpabilizar al sector, porque como uno de los grandes problemas fue lo que te respondí en la pregunta anterior de la interferencia de la industria. Yo veo que muchos de estos sectores tienen técnicos muy buenos, que saben el deber ser de cada cosa, pero que realmente cuando es la hora de las decisiones se las pasan por la faja. Eh, también, desafortunadamente, muchos técnicos que han sucumbido ante el coqueto de los intereses económicos industriales, pues termina favoreciéndolos. Entonces, pues, se me hace difícil la respuesta. Pero esa es, digamos, así sin pensarlo mucho pues ellos tienen toda la responsabilidad. Pero cuando se entra a la entraña del asunto me parece, que tienen un trabajo muy complicado, en lograr cada cosa que hacen. Más, si ese trabajo que están haciendo puede llegar a afectar algún interés económico, me parece que es lo más complicado que tiene (ANB1).

También hubo un reconocimiento de la necesidad y el rescate de una alimentación saludable basada en alimentos locales y cocinas tradicionales y el fomento de la actividad física con mayor intensidad y frecuencia como un medio de mitigar y resistir la invasión de la industria alimentaria en los hogares y escuelas.

Bueno, en cuanto al sector de la educación, pues tiene también unos aspectos fundamentales: uno, en cuanto a la alimentación de la población escolar, garantizando alimentos nutritivos saludables y evitando dispensar alimentos azucarados y ultra procesados. Lo ideal sería volver al origen ¿no? a los alimentos que aporta la tierra, evitar

tantos alimentos tan procesados, que son tan dañinos para la salud, entonces eso uno (GDC1).

Lo otro, garantizar también que cubran, que la alimentación de los escolares sea adecuada completa. Y, también otra acción puntualísima del sector de la educación está relacionada con los escenarios para la práctica de actividad física. Y que cuenten con la práctica para la actividad física y que cuenten con la práctica. No basta solo tener un escenario, sino que se destinen los recursos necesarios para que los niños, las niñas y los escolares tengan la posibilidad de moverse (GDC1).

Otro posible aspecto que aumenta la brecha entre la situación actual de los escolares y el ideal de salud en el contexto escolar asociado a SM, son las limitaciones de los profesionales de salud, esencialmente médicos y pediatras, en el abordaje integral en la atención de los niños, niñas y adolescentes escolarizados. Resalta el hecho manifiesto del desconocimiento en temas de nutrición, deportes y pedagogía para la actividad física basada en el juego.

Aunque se cuenta con la formación, no se pone en práctica la medicina basada en el contexto social del estudiante, lo que puede estar incidiendo en el aumento de individuos en los que prevalecen factores de riesgo asociados a la aparición de SM. Esta situación es preocupante, teniendo en cuenta que estos profesionales son los más consultados por los padres de familia y que sus instrucciones son ampliamente respetadas sobre las de otros profesionales de apoyo. Sin embargo, la responsabilidad no debe recaer solo en este aspecto.

No hay una interacción o no hay una interrelación entre los conocimientos de la política pública y la práctica que en esa formación de estos profesionales pueda llevar a mirar más allá de lo evidente (GNB1).

Los profesionales de medicina, que son los lugares donde yo me muevo, y de pediatría, no hay una formación de nutrición, no hay formación en deportes, no hay concepción de juego, como para del ser integral de los niños, familia tampoco. Y algunos tienen pediatría social dentro de sus carreras pensando en toda la relación con los determinantes de la salud, pero no se concibe como postura, como suele suceder o, en algunos, tampoco la tienen. Entonces, no hay una interacción o no hay una interrelación entre los conocimientos, la política pública y la práctica que en esa formación de estos profesionales pueda llevar a mirar más allá de lo evidente, más allá de la gripa, más allá de la bronquiolitis, más allá de las patologías que pueden llevar a la muerte de una forma inmediata (GNB1)

### **3.2.3. Percepciones sobre el abordaje y atención a los escolares asociada a factores de riesgo para síndrome metabólico.**

Lo anterior abrió la puerta al análisis sobre cómo debe ser el abordaje de los problemas de salud relacionados con la aparición de enfermedades crónicas, síndrome metabólico y sus factores de riesgo en población escolarizada y cómo los factores sociales y políticos son fundamentales en la comprensión del fenómeno. Argumentos como la inclusión de un entorno más allá del espacio colegiado, el involucramiento familiar, el control de la alimentación escolar, el fomento de estilos de vida saludable y lograr que estos espacios sean reconocidos como agentes de cambio social más allá de lo académico, robustecieron la idea de que, en el trabajo intersectorial con objetivos de salud para esta población, es imposible separar a todos los actores involucrados y que la escuela es el nodo de atención clave que puede llegar a facilitar el proceso de tamizaje, la clasificación e identificación de individuos en riesgo y de aplicar estrategias más amplias y efectivas teniendo en cuenta el curso de vida y las condiciones propias del desarrollo emocional e intelectual de cada grupo etario atendido en las entidades educativas.

Eso implica ver los entornos, entornos como la familia, la escuela, el trabajo, pero haciendo zoom en la escuela. Yo creo que es muy importante dotar a la escuela como de esa responsabilidad social, de ese fin superior. Que no sea solamente la adquisición de conocimientos cognitivos y de capacidades para desempeñarse en un emprendimiento académico, sino de aprendizajes para la vida (ANB1).

Y, pues, digamos, como complemento en el tema de vigilancia se hace todo un proceso de ejercicio de tamizaje nutricional con la UNICOC, que estamos adelantando también en colegios. Tanto en grupos de población de primaria y bachillerato, se está llevando a cabo un proyecto que es la incidencia del componente nutricional en la salud oral de los niños o si la salud la está determinando la nutrición (GMZ1).

En la medida en que, si la articulación debiera ser un poco más a fondo, y es pensar la educación desde la formación del ser humano, no desde la formación académica, y pensar a la salud más allá de la institución de salud, no solamente centrado en enfermedades sino, también, en el desarrollo humano, en todos los momentos de curso de vida que una frase que también esta como muy de moda (GNB1).

Entonces creo que esa transformación también es una oportunidad para él, porque también le permite al programa de alimentación escolar establecer otras relaciones con otras entidades para fortalecer lo que pasa a través del programa (GNB2).

En la atención a los escolares se observó un trabajo mancomunado entre salud y educación. Salud por su parte, a través de diversas estrategias, se encargaba de enfocar sus esfuerzos en actividades de promoción y prevención con un énfasis fuerte en las tiendas escolares, con la salvedad de que, en este grupo poblacional, no solo se ocupaban de salud nutricional, sino que, entre sus preocupaciones, incluso prioritarias, se encontraban la salud sexual y reproductiva, el consumo de sustancias psicoactivas, la salud oral y mental y la convivencia. Por lo tanto, las acciones en salud nutricional tendrían a ser puntuales y poco frecuentes. En síntesis, no es posible abarcar todos los temas con profundidad dados los espacios cortos y las limitaciones estructurales que tienen los planteles y las dificultades para coordinar horarios que no interrumpan la evolución académica de los estudiantes.

Todo lo que es de la normativa nacional se maneja a nivel de entornos saludables, rutas saludables de atención. Y, en ese momento, una estrategia que estamos trabajando, que se está implementando de manera gradual y paulatina en los diferentes colegios del municipio, es la estrategia de zonas de orientación escolar, donde inicialmente se pensó y se dimensionó con el tema de salud mental, pero que, finalmente, con el tiempo, nos ha dado la pauta de que deben intervenir otros factores allí. Entonces se inició con el proceso de salud mental, básicamente, el manejo de tres líneas: lo que es el tema de violencia y convivencia pacífica, lo que es el tema de consumo y sustancias psicoactivas y lo que es el tema prevención de suicidios, depresión y otros trastornos de salud mental (GMZ1).

Pues yo le estoy apuntando a las tiendas escolares saludables porque nos cubriría gran parte de la población escolar y estoy convencida que algunos de los hábitos que uno adopte de la infancia a la adolescencia puedan permanecer en adultos (GMZ2).

A partir de estrategias mancomunadas, que incluían la vinculación de los estudiantes a través de la comunicación, se podían identificar estos temas prioritarios y, con ellos, iniciar los procesos correspondientes. Por ejemplo, para el caso de Zipaquirá se contaba con la estrategia Zona de Orientación Escolar (ZOE).

A raíz de que surgía en el ZOE otra serie de inquietudes entre los estudiantes que, de una u otra manera, identificamos que eran determinantes de las mismas patologías mentales, como era el caso de la obesidad, la delgadez extrema, las mismas condiciones físicas, condiciones sociales, se decidió involucrar dentro de las zonas de alimentación escolar otros actores como atención de enfermería y atención de nutrición, donde se buscó hacer una intervención, una identificación (...), entonces, decíamos que se vio la necesidad de que se hiciera un trabajo de un abordaje, interdisciplinar con estos chicos que consultaban por otras



inquietudes, por todo el tema dado el tema sexuales, derechos y reproductivos... Todo el tema en el ejercicio de la sexualidad y todo el tema nutricional, porque se estaba viendo un factor determinante para la salud mental de los mismos chicos (GMZ1).

Otro elemento que, de hecho, en el día de la entrega de los resultados de la socialización quedó pues ahí, como en el tintero, y, pues, estamos peleando, ente comillas, con educación, es ver la posibilidad de que en la malla curricular se incluya alguna cátedra relacionada con hábitos y estilos de vida saludable (GMZ1).

En el sector educación, los roles para el abordaje de temas de salud varían, desde el facilitar el ingreso del sector salud, realizar jornadas pedagógicas con temas de salud, estudios de caracterización, seguimiento de estudiantes por parte de la enfermería escolar (en los que llevan registros de los casos) e, incluso, gestionar con las IPS la atención de estudiantes que han sido identificados en riesgo, no necesariamente en temas de salud nutricional. Esto está ligado a la voluntad de los rectores, de profesores y estudiantes, quienes se convierten en los móviles y facilitadores de estas.

Este tipo de ejercicios permitieron a los directivos escolares evidenciar los problemas de inseguridad alimentaria de los estudiantes que afectaban su rendimiento escolar, generados por dificultades familiares, económicas y emocionales, problemas estructurales que están fuera de su alcance. Estas situaciones, no solo dificultan la comunicación interinstitucional para el manejo de temas de factores de riesgo asociados a SM, en la medida en que la información, no necesariamente es útil para el fin, sino que los métodos de recolección son diferentes y las necesidades identificadas por los planteles no necesariamente se igualan a las necesidades del sector salud, aumentando la brecha en la efectividad de las acciones de los dos sectores.

Nosotros hicimos un estudio el año pasado con los estudiantes de once y con los profesores de matemáticas. Hicimos una caracterización de toda la población de la institución. En ese momento eran mil cuatrocientos algo porque este año abrimos tres cursos más. La caracterización de la institución quedó determinada... Estamos mirando el problema de hogar, de alimentación pues, porque a los niños los manda hoy, desde el lunes les están entregando los refrigerios, pero los dan sin cocinar, no, y no dan bono sino algunos elementos, unas cajitas de atún, cuatro huevos, una libra de arroz. Pero, pues, uno, un complemento alimenticio para 20 días que es lo que les dan a los nenes, pues, uno dice ahí, Dios santísimo, es muy poquita cantidad para niños que los papas están sin trabajo, entonces uno dice: no terrible (IEF1).

Esta encuesta la hicimos fue el año pasado, los estudiantes manifiestan que las principales problemáticas a las que se ven expuestos son el acoso escolar, con una percepción del 22%, la depresión, con una representación del 18%, es decir, ellos decían que, en algún momento tenían situaciones de ansiedad, de tristeza y sin de atentar contra su vida un 0.03. Unos niños nos manifestaron que quisieron atentar contra su vida... Bueno entonces, los temas de salud y lo que me preocupa de ellos es que, en casa, muchos padres de familia han perdido el empleo, pues, porque son trabajadores por días, trabajadores ambulantes, pues señoras que van a hacer aseo a las casas y floristas, en varias floristas han despedido el personal. Si tenían algún problema de salud anteriormente, que es la caracterización, pues yo creería que está más marcada, pues, diría yo el problema de salud de falta de recurso alimenticio para las familias. Entonces, eso es una primera preocupación. Segundo, que los niños, cuando no tienen la forma de comer balanceadamente, pues, obviamente, no van a rendir en el estudio (IEF1).

Los niños no llegaban con nosotros. Teníamos formación, inicialmente, los lunes a las 6 de la mañana, semanalmente. Entonces, lo intentamos hacer, antes del descanso una serie de: me duele la cabeza, estoy temblando ¿qué pasó? no, es que no ha comido. Los niños no tienen el hábito de desayunar, muchos atendemos de esa manera. Entonces nosotros tenemos un instrumento en la institución de la enfermería donde ese instrumento, lástima, porque no tengo el modelo, es: ¿a qué horas llega a la enfermería? ¿cuál es la descripción de lo que pasa? Como es junto a mi oficina y, adicionalmente, ¿qué manifiesta el estudiante? Todo es: no desayune, no desayune, que es que les dio pereza, es que tengo que salir muy temprano, es que. Y ¿por qué no desayuna? Es que mi mamá me dijo que yo lo hiciera. Entonces, el problema radica en que el chico no tiene los hábitos de autocuidado con relación a consumir el alimento que los papas les dan y muchos que son también "remilgones": ahí la misma agua de panela, me dio un chocolate y un pan. Entonces, como que eso es un problema marcado. El niño no tiene el hábito de autocuidado, pues lo que los papas le dan (IEF1).

Otros actores institucionales y organizacionales de decisión que se encontraron participando en estos procesos de atención a población escolar, no siempre, en los espacios en los que se desenvuelven, sino desde la formulación de políticas o lineamientos, son el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Departamento de Prosperidad Social y la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, desempeñando el rol fundamental en la identificación de población a partir de sus propios programas y la vinculación de la misma en estrategias de interés sectorial común. Estas estrategias no son identificadas por los actores primarios locales, por lo cual, no se está aprovechando este potencial y, en contraste, estos actores aun no hallan un medio eficaz de comunicación con el sector salud y educación para el tema de salud nutricional de los escolares.

Bueno digamos que desde la atención un actor que siempre ha estado ahí como trabajando y creo que tiene un protagonismo importante es el instituto colombiano de bienestar familiar, creo que toda las instituciones o entidades realicen cualquier tipo de atención d niños niñas

y adolescentes deberían tener un nivel de involucramiento desde su rol y su misionalidad...Pero si estar involucrados en por ejemplo Prosperidad social que tiene tantos problemas que tiene tanta población, pues podría hacer acciones de información, educación y comunicación tal vez o pues pensar en otras acciones allí (GNB2).

La comisión intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, en el marco de esa comisión también se articula lecciones entre las entidades para lograr que podamos articular acciones y en el marco de la CISAN hay una mesa que trabaja el tema de alimentación saludable, que trata de realizar todo lo que se realice en torno a promover (GNB2).

Las instituciones educativas en general fueron consideradas como puentes para la vinculación de la sociedad, que también emerge como un participante, no siempre activo, en la prevención de factores de riesgo para SM, con es el caso de familias, organizaciones comunitarias, juntas de acción comunal, etc. Pero sí con mucha influencia, tratándose de los medios de comunicación y la industria alimentaria y otros a quienes se considera incluir a propósito de su importancia vecinal y comunitaria, como los tenderos y almacenes de grandes superficies. Estos actores aún no tienen una influencia predominante en la toma de decisiones o su inclusión al momento de hablar sobre la prevención de enfermedades crónicas, SM o sus factores de riesgo con enfoque en la población de estudio.

En el caso particular de la industria alimentaria, a la que se le atribuye parte de la responsabilidad en la promoción inadecuada de hábitos y estilos de vida saludable, desde los municipios se identificó sujeción inadecuada de este actor a estrategias de bienestar estudiantil que pudieran significar conflicto de intereses o comerciales. tenerla acciones desarrolladas por este actor no surten un efecto positivo sobre la salud nutricional de los niños y adolescentes en el contexto escolar y pueden incidir negativamente en las decisiones de los estudiantes que, desafortunadamente, se ven expuestos a la venta de productos no saludables en las tiendas escolares y sus alrededores.

Por eso el colegio debe ser uno de los puentes fundamentales, de debe ser la familia y debe ser el estudiante no, si entonces como una triada porque pues uno de papá si el papá no está pues el colegio tiene que hacer diría yo pues esa función-¿O sea esa triada está conformada por el estudiante, sus padres y el colegio?-A mí me parece que si pienso yo que sí, entonces los profesores dicen que el colegio es el punto fundamental, la institución

tiene es decir ese reto, es que el estudiante comprenda que lo que el papá dice de pronto es cantaleta o lo que dice la charla hacen algo importante para la vida. (IEF1)

Pues finalmente los medios de comunicación siguen siendo yo pienso que es de los actores más poderosos y que en ellos podría estar el cambio de muchos hábitos en todos los aspectos de la salud, desafortunadamente pues porque los que patrocinan son los que requiere que se sigan consumiendo finalmente, la industria de bebidas azucaradas sigue patrocinando, la industria azucarera sigue patrocinando, entonces mientras ellos sean los que patrocinen los medios de comunicación no van a poder hacer una labor social que deberían hacer porque es que si yo le digo por radio, si yo escucho la cuña o veo el comercial de jugo y muestro con una cantidad de cosas y adicionalmente le meto el muñequito que es lo que llama la atención a los niños, pues obviamente pienso que difícilmente uno va hacer eco contra algo tan poderosos como eso, entonces yo pienso que los medios de comunicación juegan un papel fundamental (GMZ1).

¡uy! Muchos, eh los tenderos, las tiendas de los barrios y las tiendas también grandes, por ejemplo: los grandes almacenes las grandes superficies es importante que estén allí, eh las organizaciones comunitarias, es decir los de la junta de acción comunal, los alcaldes, locales, en que la construcción de entornos permita realmente el bienestar de los niños y de sus familias, las empresas donde trabajan sus padres, a ellos muchos les pagan con bonos Sodexo pero que esos bonos tengan la oportunidad de, no sé, me ocurre limitar la compra para ciertas cosas, publicidad, medios de comunicación, claro que un poco a mayor escala pero medios de comunicación locales, de los barrios, de las tiendas de los municipios, tienen muchísima influencia y esa influencia puede ser hacia allá (GNB1).

También acá hay unas particularidades, que pueden entorpecer este tema, que son los intereses políticos y los intereses de la industria alimentaria, y de la industria farmacéutica. Hay propuestas que han caído, como el de las bebidas azucaradas precisamente por esos intereses, de la industria alimentaria, y que obviamente las bebidas azucaradas generan ingresos, y pues habría partes que se pueden ver afectados, pero la idea es entender la situación como algo, que de golpe hasta la misma industria se pueda favorecer, pero a través de comercialización de productos adecuados para la salud, visibilizar esto y generar una propuesta de (inaudible)... pues para que este se dé tiene que tener un proceso de planeación, como visibilizar esto, y para que realmente tenga el impacto, y la atención que merece en las agendas públicas (GDC1).

### **3.3. Síndrome metabólico como un constructo social**

#### **3.3.1. Concepción de salud y sus repercusiones en las decisiones que toman los actores**

Un elemento que surgió en la comprensión del fenómeno del SM en población escolarizada de parte de los actores involucrados fue el concepto de salud y de SM con sus factores de riesgo y posibles causales estructurales. Cuando se trató de

explicar las razones por las cuales el país, el departamento de Cundinamarca y los municipios involucrados necesitaban empezar a caracterizar esta situación y ponerla en evidencia, fue claro que no solo se debía comprender su origen o causalidad, sino que, junto a este análisis, se debe replantear la forma en que se está atendiendo a la población escolar en la actualidad.

Desde la mirada de los actores responsables de la atención de los escolares, estos conceptos variaron dependiendo de su misionalidad y se reconoció la importancia de tener en cuenta determinantes estructurales y sociales de salud más allá de los comportamentales a nivel individual, así como visiones sistémicas mucho más complejas que involucran los entornos y sus efectos sobre los individuos, el rol de causalidad de cada uno de ellos, el nivel de impacto de cada uno sobre el estado de salud y la conducta como lo analiza claramente el entrevistado:

Todo esto, más que desde el comportamiento individual, sino verlo como desde un mesosistema, un macrosistema, ha hecho que tengamos como resultado este panorama epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles. ¿Qué es complejo? Que ya no solamente está asociado a la edad adulta, ya no solamente se ve como una carga de enfermedad en la población económicamente activa, sino que se ve como un acumulado que va a creciendo al tiempo que los niños y las niñas se van desarrollando. Es pensar cómo ese enfoque ecológico, por así nombrarlo. Ahí, siento que hay un paradigma dominante y es el de determinantes sociales para la salud, que propone la OMS. Cómo es la acumulación de desventajas y desigualdades, pero que al final recaen en el centro del individuo. El individuo con sus estilos de vida tiende a ser la puerta de entrada o de salida (ANB1).

Sin embargo, este paradigma al que se refiere el entrevistado supone un enfoque determinista con el que se ha venido manejando el discurso que define las acciones de salud pública. Pero esta idea tradicional, al parecer, ya se queda corta y no responde al avance y cambios sociales que han surgido en los últimos años. El cambio en las conductas que finalmente resulta en efectos de salud junto con los cambios en las expectativas, no solo de los actores de salud sino de la sociedad en general, resultan vitales para comprender la aparición del SM en niños. Ellos mismos, sus familias y todo el entorno en el que se desenvuelven se convierten en agentes que pueden o deben expresar su posición en la comprensión del cambio al que están siendo sometidos. Particularmente, con los niños, es necesario partir del

grado de sensibilización frente a los efectos de los inadecuados estilos de vida y su capacidad de tomar decisiones “saludables”, por ejemplo, a la hora de elegir sus alimentos en el entorno escolar.

Siento que es un poco determinista (modelo de determinantes sociales de salud), un poco causal, y que hay otras aristas, otras dinámicas allí implícitas que tendrían que verse desde una visión un poco más ecológica, entonces desde lo ecológico pensar el rol de los entornos es clave. ¿Qué es lo que, lo que determina y permea al individuo y a los sujetos en su mundo pequeño, pero también en el contexto socioeconómico y político? ¿Qué hace que tengas determinados estilos de vida, o determinados comportamientos? ¿Sí? Si un niño o una niña tienen los aprendizajes para comer adecuadamente, se sensibiliza sobre la alimentación saludable y balanceada, se identifica que puede elegir bien entre un alimento ultra procesado y un alimento que sea un poco más saludable (ANB1).

Pero si sale a descanso, y en la tienda de su escuela sólo venden frituras, paqueticos, etc. Si hay tiempo en el comedor escolar en los programas alimentarios, la minuta tiene altos ingredientes críticos, ¿Sí? Y llega a su casa, abre la nevera y también pasa así, o no hay comida, o cuando la hay es comida chatarra (ANB1).

Estos cambios no solo obedecen a transformaciones de la conducta individual, sino que tienen en cuenta aspectos políticos, sociales y económicos que abren la puerta a una interesante discusión sobre el abordaje del concepto de salud tradicional basado en los determinantes sociales de la salud o, si se replantea desde la visión sistémica ecológica (macro, meso y microsistemas) con la intención de no dejar por fuera ningún sujeto determinante en esta situación y de reconocer su responsabilidad tanto de causa como de agente de cambio participativo que hace parte de un sistema y que no puede actuar de manera separada y, de esta manera, no llegar al “concurso de responsabilidades” sin antes haber analizado al sujeto y su entorno.

Entonces lo que se hace en ese sujeto se desvanece y se imposibilita por el papel de sus entornos, entonces pienso que eso entornos inmediatos, ese mesosistema que está ahí, y ese microsistema es fundamental pensarlo y transformarlo. Al tiempo, en el tema que estás en las políticas públicas, al tiempo de mirar los tomadores de decisión, las grandes escalas como las industrias, eh, como las políticas de seguridad alimentaria, los lineamientos hacia las escuelas también que responsabilidad tienen allí. Entonces es un concurso de responsabilidades antes de llegar al sujeto, determinando que su opción individual es la que debe tener todo el centro de atención (ANB1).

En este sentido, la distinción de los estilos de vida ya sea en un modelo sistémico o determinista, cumple un papel importante en el enfoque de las acciones de salud pública dirigidas a los estudiantes, dado que resultan de su estado actual de salud, sexo, edad y sus interacciones más inmediatas con la familia, compañeros, el colegio, el sistema de salud y sus actores. Estos últimos, reconocen lucidamente la forma en que históricamente se han enfocado las acciones en salud pública, la planeación para curar y no para prevenir, lo cual, de acuerdo con el actor, es una ambigüedad que ha costado al país y al departamento la compleja situación nutricional reflejada en los últimos datos oficiales en los que prevalecen el sobrepeso, la obesidad, la obesidad central, sumado al bajo consumo de alimentos saludables en la población colombiana en general.

Y reitero, que no se hacen acciones en prevención, siempre esperamos al tratamiento de la enfermedad, se podrían evitar muchas cosas e incluso se ahorraría mucha plata, sí cuando hablamos de recursos se trata (GMZ1).

Esta compleja situación nutricional de la población del departamento de Cundinamarca y el análisis sobre el concepto de salud y su abordaje fue un factor relevante al momento de ir al contexto escolar. Es allí donde los niños, niñas y adolescentes pasan, en promedio, siete horas de su vida diaria; donde, necesariamente, deben ingerir uno o dos tiempos de comida como refuerzo para su mantenimiento mental y académico. Allí es donde surge el interrogante sobre qué tipo de alimentación se está ofreciendo a los niños y de qué manera la oferta de alimentos de las entidades educativas en tiendas o comedores escolares ha venido influenciando las decisiones al momento de alimentarse. Se deduce que, de alguna manera, esta oferta suscita un modo y medio de alimentación que, a juicio de muchos individuos de corta edad, puede llegar a ser saludable, incluso, por el hecho de que ésta sea ofertada en la misma institución educativa.

Lo que me preocupa, es la formación y las construcciones sociales, qué hay entorno a la alimentación, que pueda terminar favoreciendo una alimentación poco saludable, me explico, qué a los niños les vamos a dar el desayuno en los colegios entonces, ¡uy que chévere que nos den hojuelas azucaradas! o bueno alguna cosa de esas porque es lo que han vendido en la televisión, porque así desayunan los americanos, entonces eso es chévere (SCB1).

En línea con este constructo, se evidenció una preocupación por tener en cuenta la opinión, percepciones y expectativas de los niños y sus familias sobre su salud, valorando, no solo el conocimiento biomédico sino el personal. Así, las decisiones que suponen cambios en los estilos de vida no deben provenir, únicamente, de las recomendaciones de los actores llamados profesionales de salud o hacedores de política, sino de otros agentes, como la sociedad civil, que ha empezado a manifestar su inconformismo con la publicidad de alimentos para niños y otros temas que afectan la salud integral de niños, niñas y adolescentes.

Entonces me preocupan esas construcciones sociales...Pero pues, la gente tiene derecho a opinar es su vida, es su salud, y no está bien que solo haya otras personas, unos sabios que lleguen a decidir solo por ellos, pero si es necesario continuar la sensibilización, como la que hacemos en sociedad civil, yo creo que eso ha servido un poquito por lo menos con los comerciales que sepan, que los tales cereales, no son tan cereales si no que muchos son dañinos (SCB1).

Este requerimiento en la vinculación de actores comunitarios se derivó del contraste suscitado entre el concepto de salud bajo el esquema de determinantes sociales, en el que no se discrimina minuciosamente el efecto de la participación de la comunidad en las políticas de salud. Se hace necesario ahondar en el concepto de salud bajo un modelo sistémico o ecológico, en el que la participación comunitaria y de los sujetos o entornos a los cuales van dirigidas las acciones en diversos temas asociados a salud sea analizada a la luz de los impactos que se pueden generar en los diferentes niveles del problema del SM en escolares.

Es pensar cómo ese enfoque ecológico, por así nombrarlo. Hay, siento que hay un paradigma dominante y es el de determinantes sociales para la salud, que propone la OMS. Cómo es la acumulación de desventajas y desigualdades, pero que al final recaen en el centro del individuo. El individuo con sus estilos de vida tiende a ser la puerta de entrada o de salida. ¿Sí? Siento que es un poco determinista, un poco causal, y que hay otras aristas,



otras dinámicas allí implícitas que tendrían que verse desde una visión un poco más ecológica, entonces desde lo ecológico pensar el rol de los entornos es clave (ANB1).

Sin embargo, dese el enfoque tradicional, al parecer, y según las percepciones de los actores, las acciones de salud, paradójicamente, no ha tenido efectos importantes en los cambios en los estilos de vida y, por el contrario, promueven una suerte de negación hacia los tratamientos que implican cambios comportamentales. Por lo tanto, no hay adherencia a recomendaciones repetitivas como, por ejemplo, hacer actividad física o comer frutas y verduras, con el agravante adicional de la subestimación o no consideración individual de la patogenicidad del sobrepeso o la obesidad o sobre la concepción cultural de la “gordura” como símbolo de bienestar.

Lo más complejo del asunto es que pues haciendo las visitas domiciliarias y canalizaciones, los pacientes no se adhieren al tratamiento, no ven el sobrepeso y la obesidad como una enfermedad (GMZ1).

Esta concepción cultural sigue arraigada en los municipios que hicieron parte del estudio y, probablemente, en todo el departamento y otras regiones del país. El problema con ello es que la llamada “gordura” trae consigo unos signos clínicos considerados factores de riesgo para otras enfermedades que afectan la calidad de vida. Frente a esto, los actores de salud indicaron que no es fácil identificar estos signos en los estudiantes con comorbilidades por la entidad educativa, por los mismos padres o alumnos, mientras que, el sistema de salud tampoco da respuesta a este interrogante. Según lo encontrado, ni si quiera los profesionales de salud asistencial consideran importante o relevante ampliar el espectro de posibilidades diagnósticas del SM.

“Ok, es decir que, por ejemplo: si hablamos en particular de algunos específicos, como sobrepeso, obesidad, hipertensión, problemas por ejemplo con el perfil lipídico, ¿tú crees que estos problemas no se identificarían fácilmente en una institución de parte del individuo o del docente? PA: ni por los niños, ni por los profes yo creería que por los padres tampoco,

aunque no tuvo relación directa con los padres uno se da cuenta, también la consulta pediátrica estas situaciones no lo ven como un problema en particular (GNB1).

En relación con lo anterior y ampliando un poco el tema de familia, se consideró el hecho de que la concepción de salud, no necesariamente, implica cambios físicos en los niños, como el exceso de peso en relación con la talla o estatura del niño y los padres, al entablar una relación con el profesional de salud, en ocasiones, se ven expuestos a desinformación por parte de estos. En esencia, se consideró que esto es consecuencia de la falta de formación de profesionales de salud para enfrentar situaciones de medicina familiar y en las posibilidades o herramientas que les permitan una comunicación más profunda y efectiva que realmente se traduzca en un cambio favorable para los niños y niñas, incluyendo, cambios de comportamiento.

Bueno, creo que hay diferentes factores, uno familiar, entonces la concepción del niño gordito como niño sano si es una realidad de las familias, un niño repolludito, mi gordito lindo mi... eso significaría niño con adecuada salud, otra cosa, además esa concepción familiar. Y ¿qué parte de la formación de los profesionales crees que falla?, para que digamos una persona que esté trabajando con otros individuos a los cuales quieran mejorar su salud, no le permita como trabajar esos temas más a profundidad" (GNB1).

### **3.3.2. Conceptualización de síndrome metabólico desde la perspectiva de los actores**

El SM como diagnóstico clínico no es muy común y, menos, en los niños. Es un concepto que aún no hace parte de la política pública en salud y, el conjunto de signos y síntomas que lo caracteriza tampoco es vislumbrado como un proceso de enfermedad crónico al que tenga que hacerse seguimiento. Aunque se reconocen sus elementos primarios y su naturaleza no transmisible, el SM se concibe de manera inconsciente, pero con completa conciencia del manejo de cada signo o síntoma por separado, cuestión que enmascara los verdaderos riesgos a los que se están enfrentando los adultos, niños, niñas y adolescentes.

Eh, pero como conocía que es cómo los prerequisites que cursan las enfermedades crónicas no transmisibles. Cómo colesterol, azúcar en sangre, etc. ¿es algo relacionado con eso? (ANB1)

Se pudo evidenciar la comprensión acerca de que el SM es un conjunto de enfermedades que conviven en un mismo individuo y que se asocia a ENT y ECV. Incluso, se reflexionó acerca de los interrogantes actuales sobre los criterios para el diagnóstico y puntos de corte para cada factor de riesgo, cuestión importante, en la medida que sugiere la importancia del conocimiento y experticia médica para abordar al sujeto integralmente, además de la necesidad de identificar tempranamente estos factores de riesgo en población escolar.

Si, si el síndrome metabólico pues, tiene, mmm lo que tengo en mi cabeza ¿no? es que es la asociación de algunos factores de riesgo que están relacionados con la enfermedad cardiovascular y la resistencia de la insulina ¿sí?, se dice que es la asociación de tres o más factores de riesgo como los valores de glicemia altos, la obesidad, triglicéridos altos, colesterol alto, hipertensión. Realmente no hay definición, hay diferentes criterios también ¿no? de esos valores, pero en general son esos (GDC1).

En contraste, desde la perspectiva de los actores de educación, el concepto de SM no está claramente definido o no se tiene pleno conocimiento acerca de tema, pero fue significativo el hecho del reconocimiento de los efectos en el metabolismo, las reacciones en cadena y la gravedad que puede presentarse a futuro, afectando claramente la calidad de vida del individuo que lo posee.

Pues debo ser honesta que hace rato no escucho como mucho ese tema, pero desde lo que aprendí en la universidad el síndrome metabólico es una enfermedad crónica no transmisible donde concluye muchas patologías, es como cuando me falla todo el metabolismo como tal, como el cuerpo empieza a fallar y eso empieza a generar una serie de reacciones en cadena que son diversas patologías y diversas condiciones que afectan el funcionamiento pues del organismo y que tiene una gravedad en la medida en que es como una especie de falla sistémica, no falla solo una cosa, empiezan a fallar muchas cosas y eso hace que se afecte completamente la calidad de vida de las personas (GNB2).

Por su parte, el SM no es un concepto claro ni se encuentra en el radar de los padres de familia, ni de los estudiantes. La respuesta más común de estos actores fue un rotundo “no”, frente a la pregunta de si sabían o habían escuchado algo acerca del SM.

- ¿has escuchado hablar de esas palabras, síndrome metabólico? -No (PFF1).

Es así, que sumado a la identificación social del fenómeno, es ineludible el análisis de sus posibles causas y consecuencias, atribuyendo aquellos procesos de exposición a factores de riesgo tan marcados como la publicidad de alimentos, la malnutrición, sobre todo por exceso, los aspectos clave de cada etapa del ciclo de vida, la falta de lactancia materna, la subestimación de que el sobrepeso y la obesidad son también problemas en estratos medios y altos y la falta de análisis de estos factores en conjunto. Tanto en Facatativá y Zipaquirá como en el resto del país existen poblaciones de alta vulnerabilidad y la suma de todo esto, claramente, puede estar incidiendo en la aparición del SM en esta población.

Tenemos primera infancia que está en aumento de sobrepeso y la obesidad, precisamente esta semana hicimos una socialización en dos instituciones educativas donde realizamos tamizajes, aproximadamente fueron 180 niños y adolescentes en un colegio y en la otra fueron 110 sino estoy equivocada y tenemos un exceso del 20%, no se encontró desnutrición o delgadez para las edades correspondientes, pero si sobrepeso y obesidad y retraso en talla, que se identificó también que a medida que van aumentando su edad o su grado escolar, su crecimiento empieza a estancarse (GMZ2)

Entonces siento que esa exposición a esos entornos, a las dinámicas, también descentrar un poco de que la obesidad, el sobrepeso y la obesidad es de población con ingresos altos, ya hay que verlo en población de bajos ingresos, en situación de vulnerabilidad social, hace que la malnutrición sea un panorama tan complejo, que una de sus manifestaciones sea precisamente este síndrome metabólico. Manifestaciones entre muchas, ¿sí? Como también está la desnutrición. Manifestaciones objetivas, pero también ahí hay unos causantes culturales, económicos, políticos, que hay que verlo más allá, un poco descentrado del individuo (ANB1).

Bueno, pues efectivamente el síndrome metabólico, responde a todas las alteraciones, responde a diferentes determinantes de la salud ¿sí?, responde a situaciones estructurales del sistema y causas ya personales, genéticas, factores ambientales. Eh, dentro de las causas y realmente es toda una interrelación de factores, que se dan en todo el ciclo de la vida, yo no sé, si, ¿tú has escuchado de algo que conocemos como las relaciones causales del curso de la vida? Si una mujer desde la gestación, tiene un estado nutricional alterado pues también va a tener más, un mayor riesgo de tener un bebe, con su estado nutricional

alterado ¿sí?, e incluso la resistencia a la insulina está asociado, al estado nutricional de la gestante y también, al estado nutricional de los niños al nacer; de tal manera que tanto el bajo peso al nacer del niño pequeño para la edad gestacional o el del niño grande para la edad gestacional, tienen mayor riesgo de tener una resistencia a la insulina ya sea por exceso por sobrealimentación o déficit en el consumo de alimentos (GDC1).

La malnutrición puede desencadenar bajo peso y también, sumado a las inadecuadas prácticas en el nacimiento, en este momento también se ha visto una mayor relación de la resistencia a la insulina, en los niños que han tenido sobrepeso o grandes para la edad gestacional en los primeros tres meses. Esto puede estar también relacionado, por ejemplo; con la ausencia de lactancia materna y el consumo de alimentos ultraprocesados y altos en azúcares como son las leches de fórmula o leches artificiales. Ese es como uno de los factores más importantes, la ausencia de lactancia materna, alimentación artificial, pueden estar relacionados con el sobre peso, incluso, con la resistencia a la insulina, ya esto sumado, pues ya avanzando en el ciclo de la vida ¿no?, ya si un niño tiene malnutrición o sobre peso, y tiene ausencia de lactancia materna (GDC1).

Si bien, el SM pudo ser pensado y analizado por los actores desde sus factores de riesgo, también se consideró como un problema emergente de salud pública que va en aumento, percepción que se asoció principalmente a reflexiones sobre el aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad en la primera infancia.

Desafortunadamente esa es la realidad y lo que les digo eso va a ir en aumento e incluso se está viniendo ya en primera infancia menores de cinco años, esta semana me reportaron un niño de 4 años de 36 kilos (GMZ2).

Otro factor trascendente, es la concepción que los niños tienen acerca de su salud. Según el sector salud, el SM es un término que los niños y adolescentes identifiquen como un problema de salud, pero sí son muy conscientes de aquellas situaciones que afectan su calidad de vida o que los someten a rechazos por parte de sus pares, que, incluso, que afectan su estado de ánimo. También relacionan estos hechos con situaciones cotidianas, con su diario vivir, sin que esto les signifique un problema de salud al que se le debe prestar atención. Esto sugiere unas limitaciones relacionadas con los complementos que deben hacer parte de la vida de los niños, como lo es jugar, correr, interactuar, aprender, incluso, con otros problemas de salud que no se relacionan a SM.

En los niños, que veo yo, bueno en efecto con los niños que yo hablo, hablan de enfermedades como padecimientos para ellos, ejemplo: epilepsia, VIH, como algún digamos que... una... como te lo pudiera decir, como una razón, no? como una situación que viven, pero esa situación que viven, es una parte de su vida, como cotidiana que les limita muchas cosas, les limita y lo decían tal cual, no me permite jugar y no me permite hacer cosas que otro niño hace, pero enfermedades crónicas que podamos pensar como problemas visuales, la obesidad, el sobrepeso, eh problemas en la piel eso no se ve como una enfermedad crónica, se ve como algo normal ósea, no hace parte de la categoría enfermedad o problema o limitación para , sino es parte de la vida cotidiana, inclusive sobrepeso obesidad no lo ven como un problema, eso en los niños y en los profes es lo mismo (GNB1).

Y de la gravedad de las situaciones de salud que puedan llegar a tener los niños y adolescentes se es consciente ya en etapas de tratamiento:

La gravedad; la gravedad de los niños lo da la gravedad de la patología, y esa gravedad de la patología se mide más por el tiempo de hospitalización, por los medicamentos que use, o la ausencia escolar (GNB1).

En consecuencia, saber o no acerca del concepto de SM pareciera no ser relevante para algunos actores, finalmente es un tema que no hace parte de la agenda pública o política. Para que sea trabajado de manera frontal es necesario caracterizar y poner en evidencia la problemática que empieza a surgir en el entorno escolar, incluyendo la participación de actores sociales como la familia, los niños, niñas y adolescentes que, en medio de la discusión emergente sobre cómo debería ser el abordaje de los temas de salud en estos espacios y de cómo la exposición de los niños, niñas y adolescentes escolarizados a entornos que poder llegar a ser no saludables se va incrementando, lentamente, el riesgo y la aparición de SM o sus signos por separado.

### **3.3.3. Contexto social, cultural y económico que incide en la problemática**

Fueron diversos los factores de índole social y económica considerados como parte del fenómeno en cuestión. En primer lugar, las construcciones sociales frente al

significado de alimentación saludable que puede variar entre sujetos o familias, según la información a la que son expuestos. Esta exposición proviene de diferentes fuentes y medios a partir de la industria alimentaria. También posee diversas formas de comunicación y públicos de mayor o menor interés, pero, finalmente, resulta en un insumo capaz de hacer tomar decisiones frente a la alimentación, casi siempre, en ausencia de un volumen de información científica y veraz sobre posibles efectos adversos del consumo de ciertos alimentos sobre la salud o información con alta calidad publicitaria sobre alimentos frescos y sanos como frutas, verduras y leche materna. De esta manera, desde la sociedad civil, se considera un problema prioritario de abordar, pues estas construcciones sociales son una barrera “difícil de derrumbar” y un trabajo que actualmente está siendo abordado desde organizaciones de la sociedad civil, conscientes del impacto negativo de la publicidad dirigida, sobre todo, a madres y niños pequeños que, en muchas ocasiones, resalta atributos de un producto, por ejemplo, formulas infantiles, generando expectativas que sugieren mayor estatus social y desconociendo u ocultando sus riesgos a corto, mediano y largo plazo.

A mí me da un susto algo, y es digamos los imaginarios, que existe en la gente del común sobre ciertas cosas en la nutrición, me asusta es que mucha gente termina favoreciendo una alimentación poco saludable, porque es lo que han aprendido, por ejemplo: a mucha gente comerse la salchicha o el jamón de x marca les parece muy bueno, que deberían dárselo a los niños porque toda la vida se las ha enseñado, y se les ha vendido que ciertos productos industrializados, y ciertas marcas les dan un estatus social, ese es el peligro que yo le veo, y por qué razón pues, porque esas construcciones sociales y esos imaginarios de la gente no se han podido derrumbar. Entonces, ponte a pensar en la lactancia: mucha gente sigue viendo la leche materna como algo que no, y si les dan en un programa de un tarro de leche se sienten bien, porque les han vendido esa idea, que les dan un estatus social (SCB1).

Otro factor que puede estar incidiendo en la poca visibilización del SM y sus factores de riesgo en escolares, es el amplio marco de política y trabajo histórico asociado a la malnutrición por déficit calórico y de micronutrientes. Además, este sigue siendo un tema sensible y amplio en la agenda pública de salud infantil. No hay que desconocer que este es un tema importante y que, en Colombia, Cundinamarca y los municipios en los que se desarrolló la investigación aún persisten la talla baja para la edad o desnutrición crónica. Los hallazgos indicaron la importancia de

ampliar la perspectiva para identificar aquellos problemas de salud en niños y niñas no observables a simple vista, como la hiperlipidemia, hipertensión y otros factores relacionados con SM, como el sedentarismo, alta exposición a pantallas, estado de la salud mental, exposición a ambientes obesogénicos, entre otros, que, en últimas, resultan impactando mucho más al sistema de salud.

Si, efectivamente yo creo que bajarnos un poquito del legado de que en Colombia solamente la realidad es la desnutrición, aunque si es muy importante, y hay cómo agendas políticas que están orientadas desde lo programático a combatirla porque es un fenómeno que hay que combatir. Pienso que por estar enfocados allí se nos está yendo la báscula por otro lado. (ANB1).

Adicionalmente, los ambientes obesogénicos, aquellos que, de una u otra forma, favorecen el desarrollo del exceso de peso, estimulando hábitos y conductas poco saludables dentro de un conjunto de múltiples factores externos que rodean la vida de los niños, se reconocieron como tema de análisis imprescindible en la comprensión de la aparición de SM en población escolarizada y en la inclusión o caracterización de hábitos alimentarios en diversos contextos. Por un lado, están aquellos en los que predominan ciertos excesos nocivos para la salud y, por el otro, una marcada deficiencia en términos de variedad alimentaria y suficiencia nutricional. De este modo, cobra importancia la visión de salud desde perspectivas sistémicas para tener un mayor control del paisaje epidemiológico en relación con las enfermedades crónicas derivadas de déficits o excesos nutricionales.

Me hago mucho la pregunta acá por el papel por ejemplo de los entornos obesogénicos, esos entornos que fomentan la ingesta elevada de calorías baratas y que al tiempo desvanecen o desmotivan la práctica de actividad física o promueven más comportamientos sedentarios. Esos entornos obesogénicos, pero al tiempo, encontrar contrastes de ciertos hábitos alimentarios por poblaciones que no tienen acceso a alimento variados, nutritivos, ricos en proteínas y en lo que requieren. Todo esto, más que desde el comportamiento individual, sino verlo como desde un mesosistema, un macrosistema, ha hecho que tengamos como resultado este panorama epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles (ANB1).

De otra parte, la educación alimentaria y nutricional es un componente social tenido en cuenta en diferentes políticas nacionales, siendo la más importante, la Política



Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que es un pilar de trabajo de todos los planes de intervenciones colectivas. Sin embargo, se evidenció un cuestionamiento frente a su efectividad en términos de cambios de conducta o de asimilación de conceptos por parte de la población a la que se dirige. Finalmente, este es su objetivo principal, pero en respuesta a este interrogante, se encontró un interés genuino e intuitivo por evaluar y planear las estrategias de educación nutricional dirigida a los estudiantes a partir, no de requerimientos individuales, sino partiendo de ejes estructurales más complejos como la seguridad alimentaria familiar y sus determinantes, sin dejar de lado la priorización de poblaciones vulnerables relacionadas al curso de vida, como lo son las mujeres en estado de gestación, niños y niñas en periodo de lactancia y, por supuesto, los niños y niñas en edad escolar que se enfrentan a los cambios propios del desarrollo puberal y emocional, con todo lo que esto último implica en relación a la salud mental.

Entonces ¿a la salud como puede impactar? pues con procesos de educación alimentaria, con procesos de promoción de la salud, realmente más allá de llegar al tratamiento, pues la idea es generar acción, un niño o una niña llegue hasta allí, y eso pues va a depender también de todo lo que tiene que ver con todos los factores que afectan la seguridad alimentaria ¿sí?, si la familia tiene una adecuada seguridad alimentaria no tiene hambre, pues obviamente va a garantizar que las gestantes tengan un adecuado estado nutricional, y así no se vaya prolongando en el curso de la vida ¿sí?, que las gestantes tengan bebés sanos y de peso sano, en el sector de la educación (GDC1).

Sumado a los factores anteriores, se reconoció como parte de los ambientes que pueden o no favorecer la aparición del SM en edad escolarizada, a los espacios físicos y condiciones de seguridad en los que se desarrolla la vida de los estudiantes. Garantizar espacios seguros (en las escuelas, barrios y el hogar para el ejercicio de una vida activa a través del juego, la actividad física, desplazamientos y el desenvolvimiento personal, se convirtió en uno de esos factores críticos y sensibles en la comprensión de este fenómeno.

Las políticas vinculadas a estas necesidades dependen de sectores que no participan activa o integralmente en procesos de salud poblacional. En este sentido, se identificaron actores tan importantes como el de seguridad, vivienda, trabajo,

movilidad, medio ambiente, llamados a participar en la construcción de políticas que contemplen todos los aspectos del individuo para una vida en sociedad. De hecho, fue importante ver cómo, los cambios derivados de la modernidad, particularmente, en los espacios urbanos y de hábitat, se percibieron como posibles factores que han contribuido al sedentarismo en los niños.

En el sector de seguridad también, tiene que ver mucho, porque a veces pues la práctica se limita al espacio del hogar, y pues a veces no hay ni siquiera espacio para ello. Yo recuerdo, cuando yo era niña, yo salía a la calle, y era dueña de la calle, y jugaba en la calle, y me subía a los árboles, iba al parque y ahora eso no ocurre (GDC1).

El espacio de cada urbanidad tiene que ver. Los espacios eran grandes, las casas eran grandes, los niños teníamos donde jugar. Actualmente pues las casas son pequeñas, son limitados los espacios para el juego, entonces pues obviamente también aquí, eso ha incidido tremendamente en la conducta sedentaria de los niños y de las niñas (GDC1).

Cuando empezó, el barrio era más peligroso. pero ahora tenemos presidente y todo, es casi igual que todos los barrios sumercé, en todos los barrios hay maldad. en todos los barrios hay de todo, si me entiende sumercé (PFZ1)

-Pues polideportivo tengo uno cerca relativamente - ¿Y utilizan ese polideportivo? -Ese el que queda cerca no, oiga no, casi no. - ¿Y las niñas? – No (PFF1)

- ¿se quedan ahí en la casa por ejemplo no salen al parque? -No, no mucho, entre semana no permito que salga mucho pues porque siempre las tareas, cosas así entonces no, el fin de semana si pueden ir solitas al parque del conjunto. (PFF2)

Otro rasgo de caracterización en relación con la zona de residencia es la percepción de mayor tranquilidad y seguridad en zonas rurales. Los padres de familia ven como un hecho afortunado que sus hijos puedan vivir y estudiar cerca de la institución educativa y, más, si es una zona veredal.

-Verdaderamente yo no vivo en una parte urbana, yo vivo en la parte rural - Cuéntame cómo es esa zona Rural - Si, muy tranquilo, mis hijos, bueno hasta el año pasado habían estudiado todos, en el mismo colegio que queda acá en la misma vereda, eh pues afortunadamente contamos con un colegio en la misma vereda (PFF2).

Aunque no fue lo mismo para los niños que viven el campo y deben estudiar en la ciudad, se observó una predisposición a simular las conductas alimentarias propias de áreas urbanas y un deterioro de las costumbres propias de las familias campesinas que, anteriormente, cultivaban sus propios alimentos. A esto también

se suman las facilidades actuales de transporte, que permiten que los estudiantes, en lugar de caminar para desplazarse al colegio, tengan la posibilidad de tomar algún tipo de transporte motorizado.

Desafortunadamente hay muchos aspectos en los cuales los chicos del campo se han dejado permear, porque pues finalmente ya también en el campo tenemos acceso a redes, tenemos acceso a televisión a medios de comunicación, igual el hecho de que sea en el campo no implica que ellas no vienen a merchar igual a la zona urbana, la gente sigue viniendo a los supermercados y a las grandes superficies de aquí de la zona urbana llevan para el campo, o sea no siempre esa cultura de que de pronto tenemos cultivo de pancoger de lo que yo cultivo consumo no es como tan cien por ciento, uno sigue viendo que los buses, busetas que van hacia la vereda igual va la gente con sus mercados de los mismos supermercados de la zona urbana, igual están empacando lo mismo que llevan (GMZ1).

Al mismo tiempo, la incidencia de SM en población escolarizada estuvo ligada, según los entrevistados, a los procesos de transición demográfica, epidemiológica y nutricional arraigados en la historia reciente de la humanidad. Colombia y Cundinamarca no se excluyen de estas transformaciones que se evidencian clínicamente en las personas. Estos cambios sugieren transformaciones de tipo cultural y económico en las que los patrones alimentarios de muchas comunidades se ven afectados por la falta de acceso o disponibilidad de alimentos variados que garanticen un balance nutricional óptimo y, la falta de ingresos suficientes para cubrir todas las demandas familiares, repercuten en la calidad de la alimentación y estilos de vida que, finalmente, terminan acoplándose a las nuevas dinámicas económicas de las familias.

Hay unas transiciones demográficas y nutricionales importantes en los diferentes países, yo creo que Colombia no se escapa de eso. Somos un contexto cultural y un contexto económico que está sufriendo grandes cambios incluso por ser un país de renta media, esto nos ha implicado tener otros patrones y otras formas de vida. Creo que los entornos se han entonces moldeado cómo a estas nuevas dinámicas y han hecho que los sujetos totalmente adquieran otras características en sus formas de vivir (ANB1).

Lo anterior se pudo evidenciar cuando, de parte de las familias, se expresó una preocupación por los cambios que se deben hacer en la alimentación cuando la economía familiar se ve afectada. Cabe resaltar que, algunas familias subsisten gracias a trabajos informales y, en ocasiones, los niños y adolescentes quedan a

cargo de adultos mayores. Esta situación implica cambios y adaptaciones de los niños y adolescentes frente a la alimentación que se les pueda ofrecer, según las circunstancias y los hábitos culinarios de los encargados de preparar los alimentos. En algunas ocasiones, la alimentación se vuelve restrictiva, no solo por la economía, sino por la situación del adulto encargado, quien debe asegurar la alimentación de toda la familia y, al tiempo, tratar de seguir sus propias recomendaciones médicas y nutricionales. De manera importante, se evidenció cierto grado de conocimientos sobre la importancia de la variedad y calidad nutricional de algunos alimentos, pero en momentos de crisis, se priorizan aquellos que aportan saciedad y energía.

Mi hijo el papá de la niña, es soltero, él trabaja como en un vaina de cables, ellos son los que me dan la alimentación... yo tengo 67 años y todo... los alimentos que comemos, porque ahorita con esta situación no se puede comer tan rico, se compra frutica para hacer juguitos, cereales, yogures para combinarlos. Yo la verdad compro cuando estábamos bien, bien, bien, compro carne, bofe, pollito y la habichuelita, porque sumercé, ellos eso que venden en seco, el haba, el frijol, le echan agua de un día para otro y se cambia digamos un día arvejita, mañana lenteja pasado mañana frijol, así sucesivamente (PFZ1).

- ¿hay algún alimento que usted no compre por salud o por qué no le gusta? - Es que me da la llorona es que yo tuve cáncer - Tranquila doña blanca cuénteme entonces ¿cómo fue en ese momento? - No puedo comer frutas ácidas, y estoy en tratamiento, en la alimentación compro el arroz, la panela, el chocolate, el pan la miga de pan, cuando no hay, así como para espesar se le echa una cucharadita miga de pan. Cuando no hay un pedacito de carne, se hace huevito, porque los huevitos son proteína (PFZ1).

-Doña, usted ahora me decía que cuando la situación está bien compra alimentos cómo carne yogures leche y ¿cuándo la situación no está tan bien usted cuáles son los alimentos que compra? -Toca mamita lo que haya ahí en la despensa <risas> - ¿Y qué prefiere comprar por ejemplo? -Yo prefiero comprar que no falte el arroz, el aceite el chocolate, y la papita, por qué se hace un caldito de papa con huevito. (PFZ1)

- ¿Cuéntenme cuales son los alimentos que más compran en el mercado que es lo que más compran o los alimentos más importantes? - Arroz, frijoles, arvejas, la leche, espagueti, que más y ya sería pues la nevera que sería la fruta, las verduras que comemos, la fruta par el jugo porque eso si toman bastante jugo y no más, chocolate, Chocolatico (PFF2).

Pues pueden a tratarnos de darles o de alimentarlos pues no tan nutritivamente si pues el desayuno uno trata de que tengan un sándwich, un huevo, una colada...Frijoles, arvejas, la leche, espagueti, que más y ya sería pues la nevera que sería la fruta, las verduras que comemos, la fruta par el jugo porque eso si toman bastante jugo y no más, chocolate (PFF1).

En contraste, cuando las familias tienen acceso a un empleo formal o si reciben mejores ingresos, la alimentación se prioriza como algo importante en el sustento y se intenta garantizar variedad e inclusión de alimentos nutritivos. Paradójicamente,

las familias de zona rural presentaron mayores dificultades al momento de acceder a algunos alimentos y deben desplazarse hacia zonas urbanas para adquirirlos.

- ¿Cómo es la alimentación en tu casa? ¿cómo consideras que es la alimentación de tu casa buena mala regular? y ¿Por qué? -pues la verdad, como como cualquier otra persona, no ósea lo normal, un desayuno normal que cereal o fruta o huevo o caldo, para mí la comida está bien Gracias a Dios. - ¿consideras que está bien? - sí, la verdad sí (PFF2).

- ¿cuáles son los alimentos que tú más compras en el mercado los que no te pueden faltar?  
- Creo que, como todo colombiano el arroz, la fruta, y la carne. -Y ¿cuéntame qué tan fácil es conseguir frutas y verduras en el área dónde vives? -no, a mi si me toca conseguirla en el pueblo. - y ¿cada cuánto vas? -Cada 8 días hago mercado de plaza - ¿cómo te parece el costo de la comida te parece cara o para ti es fácil acceder a los alimentos? - Como se dice mientras haiga la plata tú consigues todo, gracias a Dios yo tengo muy buen empleo, donde trabajo me pagan muy bien, y la comida en mi casa no ha hecho falta, y cada 8 días hago mercado de plaza (PFF2).

Por lo anterior, vale la pena mencionar que el acceso a los alimentos variados y nutritivos que aporten a la prevención de enfermedades y como eje fundamental de la seguridad alimentaria, fue el de mayor reconocimiento. No solo es dimensionado por las familias, sino por las entidades que trabajan los temas de salud, siendo un tema que debe ser trabajado con las familias, teniendo en cuenta su contexto social, económico y cultural. Dado que, desde el hogar se imparten conocimientos a los niños y niñas que terminan en instauración de hábitos y estilos de vida que pueden ser o no saludables, promover o no el SM y sus factores de riesgo y, en este sentido, se reconoce el valor de la responsabilidad compartida entre el Estado y las familias como eje primario de la sociedad.

Por ejemplo, el acceso a alimentos que sean nutritivos, variados, el acceso a procesos educativos e informativos que le permitan decir “venga, no estamos teniendo unos buenos hábitos y estilos de vida acá en la casa”. Eh, a una economía familiar estable que pueda tener una canasta básica adecuada a los micronutrientes y todo lo que necesita un niño o una niña en su crecimiento. Entonces creo que hay responsabilidades compartidas, ¿Sí? No sólo es la familia, yo he tenido siempre cómo la idea de que no es el niño o la niña en situación de vulnerabilidad social. Es la familia en situación de vulnerabilidad social, es la comunidad vulnerable. Entonces hay que ver mucho las circunstancias en las que viven las personas, ¿Sí? Que explican ese por qué de estas situaciones y estas enfermedades, y estos eventos de interés en salud, responsabilidades yo siento que es, es algo compartir (ANB1).

### **3.4. Los niños y familias como agentes de prevención del síndrome metabólico y sus factores de riesgo.**

#### **3.4.1. Entornos no saludables para niños y niñas, el dilema de la alimentación escolar**

Los niños, niñas y adolescentes tomaron protagonismo en este análisis, dado que son los directamente afectados por la fragmentación institucional y de política de la que se ha venido hablando. También fue necesario el reconocimiento de los niños y niñas como agentes tomadores de decisiones y que no están en control familiar la totalidad del tiempo. En este orden de ideas, el ámbito escolar se concibe como un ambiente que, además de encargarse de su formación académica, cumple o debe cumplir funciones de promoción de la salud pues, durante la jornada escolar, los estudiantes deben alimentarse bien para mantener un buen rendimiento escolar. Frente a este hallazgo, se tomaron en cuenta cuatro fuentes que influyen directamente en la alimentación de los niños y niñas, las tiendas escolares, la publicidad de alimentos, los hábitos alimentarios en el hogar y el PAE, reconociendo que, en los niños y niñas se ven las consecuencias de tener en cuenta en su atención los ambientes a los que son expuestos.

En relación con las tiendas escolares, este es un ambiente con gran influencia en las decisiones que toman los niños al momento de alimentarse en el tiempo correspondiente a su jornada académica. Se espera, de algún modo, que los niños sean sujetos de aprendizaje frente a estilos de vida saludable y puede que así suceda, que en sus cátedras de ciencias o educación física se les pueda impartir conocimientos prácticos de nutrición y que haya o no una asimilación de esta información por parte de los estudiantes. El problema radica en lo que normalmente se está ofreciendo en las tiendas escolares ampliamente utilizadas por los niños.

Si un niño o una niña tienen los aprendizajes para comer adecuadamente, se sensibiliza sobre la alimentación saludable y balanceada, se identifica que puede elegir bien entre un

alimento ultra procesado y un alimento que sea un poco más saludable. Pero si sale a descanso, y en la tienda de su escuela sólo venden frituras, paqueticos, etc. Si hay tiempo en el comedor escolar en los programas alimentarios, la minuta tiene altos ingredientes críticos (ANB1).

En las tiendas escolares se comercializan todo tipo de productos llamativos a los niños, siendo los más populares, los paquetes, tortas, gaseosas o refrescos, comidas rápidas tipo empanadas, frituras, perros calientes, dulces y en pocas veces se ofrecen alimentos como frutas o jugos naturales y cuando se ofrecen, los delgados de las tiendas sugieren que estos productos no son comprados, por lo que se exponen a pérdidas económicas que no son convenientes, pues tienen un contrato de arrendamiento en el que también el colegio o escuela recibe un valor por dicho acuerdo.

La presencia de alimentos azucarados en las tiendas escolares, ésta es una problemática, en la que pues realmente tanto los colegios como los directivos, como las familias, tienen que ver ¿sí?, pues obviamente el primer responsable de la salud de los hijos son las familias, pero pues obviamente hay que establecer con ellos unos procesos bien profundos, de educación alimentaria y nutrición humana (GDC1).

El siguiente dilema con las tiendas escolares, es que no todo es responsabilidad de estas. Los niños y niñas ya vienen con unos hábitos adquiridos en el hogar a partir de pautas de crianza. La practicidad al momento de armar loncheras, la amplia oferta de alimentos ultraprocesados y sus presentaciones, por 6 o por 12 unidades a precio rebajado en los supermercados, y, por efecto de la publicidad de la industria alimentaria. Aunque la intención de las entidades de salud es, a partir de un manejo integral por curso de vida, incidir en los hábitos alimentarios de la población, no es tan evidente este resultado cuando de analizar hábitos de los escolares se trata:

Cuando ya él se ha habituado a unos alimentos, azúcar, alimentos nutritivos pues digamos que lograrlo no siempre es tan fácil y a pesar de que se trabaja desde la gestación misma en los talleres de las pautas de crianza y demás pues influye en la alimentación, pero no, o sea la familia sigue siendo y pues lo que yo percibo sigue siendo muy condicionado por la industria y el comercio le vende, porque si por ejemplo, uno pasa y están vendiendo empanadas, yo pienso hasta hora una empanadita si, y pues una frutería no siempre es tan llamativo, venga me compro una fruta, porque a veces no siempre ha habido esa sensibilidad hacia los alimentos saludables (GMZ1).

Lo que te digo por ejemplo en las onces de los niños pues lo más práctico es ya empacar lo que ya está listo, entonces si ya está listo para que me voy a complicar preparando, es el pensar de muchos y uno ve por ejemplo los supermercados día domingo en la tarde carros llenos de las famosas loncheras de ramo, de los paquetones por doce, de las papas, de las que no sé qué, las cajas sixpack seis de jugos entonces un dice bueno, la salchicha, por ejemplo las carnes frías y mire es un ejercicio que si uno lo hace seguro porque yo salgo a un supermercado a comprar lo de la semana el domingo, a mí me gusta el domingo comprado pues para el resto de la semana y eso es lo que uno ve los carros entonces esas son las onces para los chicos y eso es lo que irá en las loncheras, pues de ahí los niños no se les crea el hábito pues es muy difícil cambiarle el chip de que deben comer y como lo deben consumir (GMZ1).

Aunque en los centros educativos son conscientes de esta problemática, en ocasiones, el factor económico ligado al negocio de la tienda escolar tiene un mayor peso. Sin embargo, desde las escuelas se percibió un intento por mejorar los servicios, adecuaciones a espacios y productos ofertados en las tiendas escolares, mediante la sensibilización y capacitación de los tenderos, aunque no con los resultados esperados ni en tiempos reducidos. Todo es un proceso lento y de transición.

Entonces a la tienda se le hace un contrato porque a ellos al señor de la tienda se le dice que elementos no debe vender y entre ellos está los dulces y los chicles que es lo que pudimos sacar de la lista y lo pudimos incluir porque eso es una transición, el señor ya estaba ahí cuando yo llegue, una transición en que venda fruta, venda jugo, venda un sándwiches, venda todo eso pero como digo yo, que venda solo paquetes, eso es como una política que estamos ajustando, "pero rectora debería ser solo fruta" no, no, porque si el chico entonces ya no le consumiría nada porque el chico también le gusta que comen sus papas y demás, pero ya le hemos venido metiendo en el menú de lo que consumen de la cafetería escolar eso, también que hemos hecho, arreglar la cafetería porque los niños tenían que estar parados, hemos estado intentando arreglar esos espacios para que los niños tenga confortables en esos espacios donde ellos van a descansar y van a consumir alimento, entonces estamos en eso, adicionalmente lo que se hace con las charlas de INCAP (Instituto Colombiano de Aprendizaje) (IEF1).

-Y se ha visto un mayor consumo de las frutas, de los jugos?- En los primeros días no, a mí me decía que los primeros días perdió bastante, pero luego ya los niños se fueron adecuando y entonces me dijo rectora si ensayemos otro mes pero sino entonces yo voy a quitar", don Darío hágame el favor colabóreme, el señor es muy receptivo, cuando yo llegue era el señor de la cafetería, entonces ya los chicos han consumido, entonces hasta los mismos profesores toman jugo de naranja, los chicos van y toman el jugo de naranja, el jugo de mandarina y mandan a la rectora (risas) (IEF1).



Por su parte, los padres de familia manifestaron su preocupación por tratar de garantizar a sus hijos una alimentación más variada y de darles en las loncheras alimentos que ellos consideran saludables. Se evidenció que tenían claro el concepto de una alimentación saludable que incluyera frutas y verduras de manera habitual, pero manifestaron que estos alimentos no eran de la predilección de los niños, entonces, los padres y los niños consumían los mismos tipos de alimentos y preparaciones.

Pues tratarnos de darles o de alimentarlos, pues no tan nutritivamente si, pues en el desayuno, uno trata de que tengan un sándwich, un huevo, una colada. - ¿Por qué piensas que no es tan nutritivo? - No pues digamos a la hora del almuerzo que no hay ninguna ensaladita o pues uno de pronto la come, pero ellas no la comen. Entonces le huyen a la verdurita - ¿Ustedes si comen verduras? nosotras no (PFF1).

Por otra parte, la publicidad de alimentos dirigida a la población infantil que, generalmente, promociona alimentos poco saludables ricos en azúcar y grasas saturadas como dulces, cereales, gaseosas y refrescos, alimentos de paquete, etc. En este sentido, las estrategias publicitarias que promocionan este tipo de alimentos se aprovechan de la inmadurez propia de la edad que les impide tomar decisiones informadas.

Bueno, varias cosas definitivamente a mí me parece, que los niños son las víctimas, más bien, no sé cómo sería la palabra, son víctimas de los alimentos obesogénicos y mal sanos que hay en este momento en el país, que es de hecho es por lo que peleamos en sociedad civil, porque los ambientes obesogénicos están plagados de publicidad dirigida a ellos, están plagados de ambientes escolares que no son sanos, y pues vulneran los derechos de los niños, porque se aprovechan de la inmadurez, y de la inexperiencia, de los niños para poder escoger los alimentos que son sanos o no, que le pueden convenir o no, y pues me parece que eso ha traído sus consecuencias (SCB1).

Finalmente, el PAE fue uno de los puntos álgidos en la comprensión de este fenómeno. Desde la perspectiva del sector educación se manifiesta que, si bien el objetivo principal del programa PAE no es la alimentación escolar per se, sino una estrategia para evitar la deserción escolar, las expectativas de los agentes que se desenvuelven en el lugar en el que se desarrolla el programa están muy ligadas a

la salud nutricional de los estudiantes. Se espera el suministro de alimentos saludables, de buena calidad y palatables; que se realice seguimiento del estado nutricional de los estudiantes; y que participe activamente de la educación nutricional. Sin embargo, son acciones que superan el alcance del PAE, aunque, para sus delegados, son temas que no se pueden desconocer y se espera una mayor evolución de dicha estrategia, con el ánimo de ayudar en la prevención de enfermedades crónicas en los más pequeños.

Mira yo también he escuchado mucho y mucha gente me ha compartido esas mismas como críticas todo al respecto del programa, yo siento que el programa es realmente es una oportunidad, si digamos hay mucha gente que cuando critica al programa no parte de reconocer su objetivo y es que el objetivo cuando se empezó a pensar en el programa es necesitamos dar comida para permanecer, usted le da algo al niño el niño va, el niños se queda y hay territorios por ejemplo en Guainía donde efectivamente los niños van al colegio porque allá le dan la comida, pero cuando claro tu empiezas a mirar y empieza a complementarlo pues yo no puedo darle cualquier comida, yo tengo que dar comida de calidad (GNB2).

Desde la perspectiva del PAE, la alimentación está directamente ligada al rendimiento escolar, a la promoción del aprendizaje, la promoción de un buen desarrollo integral en los niños y niñas. A su vez, el programa ha venido evolucionando en el mejoramiento y control de las minutas. Se reconoció frente a esta estrategia del Ministerio de Educación que, a diferencia de otros programas, por ejemplo, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en el entorno escolar solo se puede ofrecer una o dos raciones alimentarias, mientras que en los demás programas se pueden ofrecer más tiempos de comida, por lo tanto, hay mayor exposición de la población y, quizá, un efecto mayor en términos de salud nutricional.

Yo tengo que poder lograr que lo que le brindo a los niños y a las niñas pues que sea lo óptimo para su desarrollo además porque el propósito es promover el desarrollo integral de esos niños y de esas niñas y todo sus procesos de aprendizaje, va aprender unas cosas si y allí digamos el programa viene en un proceso de transformación tal vez lento para lo que uno esperaría, pero se está haciendo, yo siento que el tema de minutas del desarrollo de todo esto de programas alimentarios porque si uno pasa solo con el PAE lo que pasa es que digamos a diferencia de los servicios del ICBF como la permanencia de los programas del

ICBF exponen tiempo más prolongado, los horarios de atención son más largos pues te dan más comida, entonces si tu comparas que haya te dan cuatro comidas en el día y acá vienes y te dan una pues que mal, yo creo que también ayuda una compresión (GNB2).

Pero el abordaje debe ir más allá. En términos de alimentación en el ámbito escolar, el programa debe alinearse con la actualización de las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes (ICBF, 2018). Esto sugiere un reto de inversión grande, en la medida en que las minutas se deben repensar en términos nutricionales, con el fin de que aporten los nutrientes necesarios para el logro de un buen rendimiento escolar, incluyendo los micronutrientes, como vitaminas y minerales y fibra, no solo en términos de calorías cubiertas a partir de carbohidratos, grasas y proteínas. La evolución tiene como fin lograr una permanencia escolar con calidad, pensando en los niños y niñas como sujetos de derecho y como parte fundamental para el desarrollo de la sociedad.

Creo que también que con este tema de la actualización de las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes pues se nos pone un reto muy grande y es volver a pensar como nos planeamos todas las minutas, es volver a pensar que nutrientes incluyo que nutrientes no, a que le debería yo parar bolas y a que no, no es solo un tema de calorías, ni de grasa, proteína y carbohidratos sino que los micronutrientes toman un lugar especial y creo que el PAE debería avanzar hacia eso y es como yo claro estoy ofreciendo para que permanezcas, pero permaneces con calidad y pensando en lo que pasa aquí y si creo que debe hacerse así un fortalecimiento muy importante (GNB2).

Otro reto asociado a esta estrategia y que, en ocasiones, se desconoce de parte de algunos actores que también atienden población escolarizada, es el tema de recursos y las dificultades asociadas al territorio, incluso el estado de las vías y la geografía nacional. Desafortunadamente, en algunos territorios, los niños son expuestos a una alimentación por fuera de su contexto social y cultural, de pésima calidad nutricional o en inadecuadas condiciones de conservación o embalaje y cantidad, siendo estas las realidades que se deben tener en cuenta al momento de definir quiénes son los actores que se deben sumar al sector educación para ofrecer

a los niños y niñas una alimentación de calidad, oportuna y adecuada o si realmente es el sistema educativo quien debe asumir esta necesidad sentida de la sociedad.

Pero también tenemos otras dificultades y es que para lograr y ofrecer otras cosas en el PAE pues necesitamos una inversión y una infraestructura educativa importante y queremos poder dar siempre alimentos preparados en sitio y no tener que recurrir a raciones industrializadas e infortunadamente todavía en esta diversidad territorial nosotros no hemos podido llegar a dar esa respuesta, entonces hay departamentos como el Vichada o Choco o Vaupés pues donde la entidad territorial dice que para poder llegar solo puede llevar la leche y el pan duro porque es que transformar otra cosa o preparar otra cosa se vuelve terrible, esas son las realidades con las que se tiene que cruzar ahorita el asunto y pues como mediáticamente cualquier cosa de las que pasa con el programa pues es terrible entonces cuando ven la foto de la arepa con la agua de panela o el patacón con el poquito de agua de panela eso mejor dicho es terrible, claro que lo es, el reto para el programa es grandísimo porque la transformación es muy grande pero lo otro es que claro hay otra cosa hay que reconocer y es que educación funciona con entidades territoriales certificadas autónomas (GNB2).

Y algo que se suma a la problemática es el rol y los recursos que se destinan a y desde las entidades territoriales en el asunto, así como lo indica claramente el entrevistado:

Desde el ministerio se dan lineamientos se dan pautas pero cada entidad territorial puede hacer los ajustes que consideren pertinente si, entonces en el PAE pasa similar, entonces si no hay cosas de la experiencia del PAE de Bogotá, porque el PAE de Bogotá tiene montado todo un programa grandísimo que tiene una gran cantidad de recursos impresionantes que si tú vas y miras en la canasta de lo que vale la atención de un niño incluye procesos de educación, pero si te puedes ir a otro lugar donde la entidad territorial no tiene suficientes recursos, sino le alcanza entonces hacen con lo que tienen (GNB2).

Lo anterior permitió vislumbrar también un problema asociado a la corrupción que se ha presentado en diferentes líneas del proceso y que termina en una mala implementación por parte de los operadores a nivel territorial. Esta situación permea la atención alimentaria brindada a los escolares, con una afectación de su imagen con las malas percepciones acerca del programa. Algunos actores señalaron que, actualmente, se está ofreciendo a los estudiantes una alimentación de mala calidad y fuera del contexto cultural de los mismos, lo que ocasiona un rechazo inminente a los productos o preparaciones planeadas desde los lineamientos de la estrategia.

Hay un riesgo que tiene el programa y que siempre ha estado mucho en eso y es pues es que es un programa que maneja muchos recursos, muchos recursos y desafortunadamente vivimos en un país muy corrupto, entonces muchos de esos recursos para la alimentación, pues finalmente hay muchos lugares donde se roban la plata y esa es la realidad del asunto (GNB2).

La cuestión con el PAE, si, definitivamente hay muchas quejas eh, y pues nosotros tratamos de hacer el proceso lo más limpio, digamos, lo posible en la medida de elegir proveedores que cumplieran con todo. Lo que pasa es que efectivamente este ha sido un problema ¿no?, realmente incluso hasta desde los evaluadores de las de todos los proponentes. mmm pues muy pocos están, la mayoría de los proponentes estuvieron vinculados, no sé si tu escuchaste del cartel del PAE del carrusel del PAE... de 56 proponentes 6 no estaban vinculados con el carrusel (GDC1).

Estoy en desacuerdo total del PAE porque, porque eso como se lo presentan la alimentación que le presentan a los niños no es de la idiosincrasia por ejemplo si yo trajea un Sushi acá a Colombia a los niños no se lo van a comer porque los niños no comen eso entonces que pasa hacen arroz con pollo, le ponen todo peludo, todo sin color, sin nada de color, hacen fritos, bueno es que los fritos, "no pero la grasa es necesaria", entonces no entiendo, no entiendo, adicionalmente mucho arroz, no apetitoso para los niños, a mí no me gusta sinceramente el programa de la alimentación escolar, porque diría yo no motiva al estudiante a comer, entonces chévere una torta de ahuyama no lo hacen, una torta de zanahoria, no los chicos no se comen la basura como usualmente la presentan pues yo he hablado con la nutricionista y dice pero eso es lo que dice el ministerio", si una cosa es el ministerio y otra cosa es la presentación muy agradable, muy diversa y el chico se la come, le pasa a uno en la casa (IEF1).

### **3.4.2. Abordaje para la educación y sensibilización en temas de salud en el ámbito escolar**

Desde la mirada de cada sector se percibieron nuevas formas de abordaje de la población escolarizada. Después de la reflexión sobre la aparición del SM en dicha población, en principio, se consideró fundamental organizar y mejorar el diálogo entre los actores primarios involucrados en la atención. De este modo, la confianza es un valor para fomentar en estas relaciones que, en principio, debe funcionar en doble vía entre estudiantes y docentes, quienes deben estar en capacidad de identificar los problemas de salud evidentes, como la malnutrición, y utilizar los canales necesarios para que el estudiante sea intervenido de manera oportuna.

Digamos que... ¿Cómo me la imaginaria o como debería ser?, Debería ser una relación de confianza, una relación en que los docentes confíen en sus estudiantes, pero también en que los estudiantes confíen en sus docentes (GNB1).

El siguiente actor en este círculo de confianza son los padres de familia. Se evidenció tensión entre docentes y padres de familia; algunos docentes aseguran que los padres no cuidan bien a sus hijos, porque se dan cuenta de algunos comportamientos de riesgo en los estudiantes. Entonces, no es sólo el problema de la malnutrición por déficit o por exceso, sino el consumo de sustancias psicoactivas, el manejo del tema de salud sexual, la participación de los adolescentes en actividades delictivas, el trato inapropiado a otros compañeros y docentes. En este sentido, los profesores manifiestan su preocupación y, de una u otra forma, su impotencia, pues ellos no pueden encargarse de todos los problemas y tampoco cuentan con las herramientas necesarias para afrontar las dificultades derivadas del contexto social de los estudiantes. Son conscientes de su rol frente a la regulación en la comunicación con los padres, directivos y, de allí, pasar a una escala mayor que permita la atención de esta población.

Pero aquí realmente los padres y la familia tienen un papel y un rol fundamental, y algo de lo que se quejan los docentes es que los padres no cuidan a sus hijos, no están pendientes, eh, ellos están en actividades delictivas por lo menos en esas zonas donde yo estoy, y no se preocupan, que era la palabra que utilizaban, por una formación integral en casa (GNB1).

Por lo anterior, se sugirió que la escuela, como institución adscrita a un ente autónomo, debe realizar acciones de gestión de trabajo articulado para lograr llenar el vacío que, desde el sistema académico, se presenta derivado de los temas de salud. Esta articulación debería darse, en primera instancia, con los padres, con quienes, históricamente, se ha tenido una relación fracturada y limitada a las jornadas de rendición de notas de sus hijos y a la falta de motivación para asistir a jornadas de temas de salud. La propuesta sería profundizar en los métodos más acertados para lograr una mayor participación de los padres de familia o acudientes en jornadas, más allá de entregas de reportes. El fin mayor es lograr formación a

familias en temas de autocuidado y pautas de crianza que involucren los temas de interés en los niños y niñas de 5 a 17 años.

Entonces sí, la escuela o la institución educativa digamos que va por una vía académica y con relación a salud tiene una relación como de conocimiento de llenar ese vacío de conocimiento en los niños, sin embargo la relación con los padres es muy fracturada, aunque que ellos promueven la escuela de padres, promueven la relación, promueven como una formación para las familias, pero los padres no asisten y no asisten por diversos motivos, hasta allá si no pude profundizar en efecto una de mis propuestas, era como una contraprestación por mi tesis, era de que yo iba y trabajaba con padres y el mismo rector decía: no para que , si ellos no van a venir en ningún momento entonces ni siquiera se interese por venir (GNB1).

Ahora bien, si el enfoque desde las escuelas para el manejo de temas de salud es la enfermedad, quizá no se logren los objetivos previstos. Finalmente, los entrevistados consideraron que la misión de las escuelas esta principalmente ligada al aprendizaje y la adquisición de competencias académicas por parte de los estudiantes. Por ende, son actores que no tienen las herramientas ni los recursos para llevar a cabo acciones con impactos visibles en salud.

Lo que sí se puede lograr es un trabajo mancomunado con el sector salud y los llamados a aportar en el mejoramiento de los ambientes donde se desenvuelve el escolar. Sin embargo, llevar el tema de SM a las escuelas como política de enfermedad, generaría un choque derivado del “discurso técnico elaborado” que no permite la participación de comunidad educativa, estudiantes y familias en la construcción, tanto de la problemática como de su posible abordaje. Además, el fin óptimo es lograr hacer de las escuelas y colegios lugares protectores con respecto al desarrollo integral de los niños y niñas, haciendo uso de la información sobre factores de riesgo y protectores, teniendo en cuenta las concepciones que los niños, niñas y adolescentes tienen de la salud.

Si lo miramos desde enfermedad, lo veo difícil porque en un contexto escolar, pues obviamente hay que trabajar de la mano educación salud, y si hay otros factores súper bonitos e interesantes, si se permite la participación, pero, llevar la política como enfermedad es decir ¿síndrome metabólico? Ya de por si hay un choque, porque llegamos con un discurso técnico muy elaborado, desde la fisiopatología y desde el tratamiento, que no permite a los demás participar en esa construcción, si lo pensamos como construcción de vida, construcción de los individuos, construcción de familia y construcción de comunidad

educativa, que tanto les está haciendo falta a las niños ahorita, eh, creo que sería de una forma diferente, entonces política de síndrome metabólico, lo cambiaría como hacemos más bonita la vida en el colegio, para todos y como vinculamos a los demás, y ahí si abonar toda la información que tengamos de factores de riesgo y factores protectores pero sobre todo de lo que los niños entienden como salud (GNB1).

En línea con lo anterior, otra forma en la que se debe complementar la atención a los estudiantes es mediante el manejo responsable del tema de la alimentación escolar. No es solo el énfasis en los casos visibles de malnutrición sino la garantía de una alimentación sana, con el adecuado equilibrio de macro y micronutrientes, pues el SM tiene factores de riesgo que no son fácilmente identificables y actúan de manera silenciosa en el organismo. En este sentido, alimentos que promuevan un adecuado perfil lipídico, una glucemia en valores normales y una presión arterial óptima deberían ser parte constante de las minutas para los niños, niñas y adolescentes en el entorno escolar.

Por ejemplo, a mí me parece increíble que niños en las instituciones educativas que presentan cuadros visibles de malnutrición, o sea, esto no teníamos que llegar a saber qué es un cuadro visible, sino incluso deficiencia de macronutrientes, vitaminas, pero si hay niños y niñas con sobrepeso y obesidad o en algún aspecto de la desnutrición, que puedan adaptarse a las minutas en el programa de alimentación escolar, adaptarse a las minutas en la tienda, acompañar a las familias para esto. Pero las escuelas no tienen esos planes (ANB1).

Se replanteó la forma tradicional en que se vienen impartiendo los procesos de capacitación dirigidos a estudiantes. Se evidenció conciencia frente a las limitaciones de las metodologías empleadas, tipo talleres o charlas, ya que no se está generando ningún cambio de comportamiento en los estudiantes. Al contrario, se sugirió repensar estos procesos en términos de una educación que trascienda a cambios de conducta ligados al fomento del autocuidado, estructurados en las dinámicas socioculturales de los escolares y en línea con sus necesidades de aprendizaje en la escuela. Esto, sin desconocer los elementos de gestión y de política asociados a los recursos que permitan acciones de salud pública costo efectivas, no con un énfasis en atención especializada, ya que esto es una



responsabilidad del sector salud, sino por medio de estrategias circulares que incluyan los diferentes entornos en donde ocurre la vida de la población de entre 5 y 17 años de edad.

Yo no soy partidaria de que un taller ya te da la capacidad para reorientar tu estilo, tu modo y tus prácticas de vida, siento que deben ser procesos muy estructurados, muy sustentados en las condiciones, en lo cultural, en los repertorios también simbólicos de los sujetos para poder decir que la prevención puede ser efectiva (ANB1).

Entonces mi pregunta también ha estado mucho en cómo hace procesos costo efectivos, procesos preventivos que estén adecuados, efectivamente siento que por ahí debe estar muy enfocado el accionar de la salud pública, no tanto en un nivel de atención especializada de atención, sino en circular acciones donde está la vida en esos diferentes entornos y estructurarlas adecuadamente (ANB1).

Entre las estrategias que fueron recomendadas, sobresale el ciclo de vida y el desarrollo cognitivo como eje fundamental de inicio, mediante programas de acción colaborativa en los que niños y adolescentes participen activamente, generando insumos valiosos que permitan la apropiación del conocimiento. De manera insistente, los docentes procuran el análisis del contexto y de los riesgos a los que se exponen sus estudiantes, como complemento a la educación formal tradicional, con el fin de garantizar una verdadera atención integral.

PA: Si, mirar el curso de vida y el momento colaborativo y cognitivo por el cual está atravesando el niño, niña o adolescente. Y a partir de allí propiciar contenidos que sean significativos, y aportantes para ellos y ellas. Pero para mí no es el fundamental, y yo soy de las profes que creo que antes de aprender a leer y escribir debe leer su contexto y leer los riesgos de su contexto, para sí y para los otros (ANB1).

Creo que cuando lo empieza a pensar desde el curso de vida puede tener más de esa integralidad y yo no parto a la persona, sino que tengo a los niños y niñas adolescentes, esa sub realidad, esto es lo que debería pasar con ellos, ah bueno entonces me pienso un proceso así, amarrado a lo que quiero que pase con ellos y con ellas y no pensando en la acción específica que me contrataron en el PIC y hay yo creo que una acción importante es cómo se organiza todo el aparataje institucional para que en la formulación de política y planes se piense de esa manera más integral y no por acciones partidas sino que sea una fuerza como más integral pues es parte del procesos que se va logrando con toda a actualización (GNB2).

Por lo anterior, la prevención de cualquier tipo de problema de salud en el entorno escolar no debe estar “segmentada”, tal como lo expone a continuación la entrevistada:

Y termino diciéndote que, para mí la prevención no debe estar segmentada. Cuando el sujeto actuó, por ejemplo, en los adolescentes, no pensamos que repertorio necesitan los adolescentes para orientar sus acciones en la vida, su toma de decisión. Entonces damos una cátedra de sexualidad responsable y de prevención de paternidad y maternidad temprana. Damos una cátedra de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, damos una cátedra de prevención de violencias, y en situaciones basadas en género, y otra cátedra de estilos de vida saludable. Pero el sujeto cuando va a tomar la decisión está en un contexto quizás de riesgo o que no implique irse por buen camino no va a pensar “esto me lo enseñaron para consumo de sustancias psicoactivas, esto me lo enseñaron para prevenir las violencias. El sujeto es un todo, entonces la prevención debe ser integral e integrada. Que esté acorde a esas situaciones en las que está presentando el sujeto para que pueda tener efectividad. No podemos disgregar todo un tema. Yo decía siempre “si hacemos siempre una prevención bien hecha, o una promoción bien hecha, no tenemos que llegar a la prevención. Y si hacemos una única prevención no tenemos que tematizarla, porque a fin de cuentas todos le damos a lo mismo”. Casi todos utilizamos el desarrollo de habilidades para la vida, casi todos utilizamos el proyecto de sentido de vida. Si unificáramos todo eso en uno pensando en sujeto, pienso que fuera más efectivo, estructurarlo desde ahí (ANB1).

Desde otro punto de vista, se planteó que la atención a los escolares en la prevención del SM debe ser transversal. Debe incluir la apreciación de la vida cotidiana escolar y familiar, con especial énfasis en la escuela, analizando todo lo que pasa allí, con el ánimo de que, desde los estudiantes, se identifiquen las problemáticas y la forma de abordarlas, generando así, mayor poder de decisión y conciencia sobre las condiciones que enfrentan y de su rol en la solución o mitigación de estas.

Una de las cosas que creo y tengo como claro al respecto es que tiene que ser algo transversal, que se viva en la cotidianidad de lo que pasa en un establecimiento educativo, de los que pasa en un entorno educativo, o sea no puede ser como voy y te doy una charla y te doy un tema, sino que tiene ser algo que haga parte de la cotidianidad porque necesitamos un poco fortalecer la toma de decisiones en niños y adolescentes en sus familias para que se logre transformar su práctica, es decir para que lo apropien (GNB2).

En concordancia, la comunidad educativa, con sus directivos, docentes y personal de apoyo, deben estar plenamente vinculados al proceso. Un reto muy grande es

fomentar un mayor involucramiento de los padres de familia en la consecución de objetivos ligados a temas de promoción y prevención en salud.

Pero creo que también es importante trabajarlo con toda la comunidad educativa, no es ir a darle una charla al niño y a la niña sino es como empieza a transformar las practicas con toda la comunidad, con los docentes, con el tendero escolar, con las familias, como empiezo a fortalecer ese proceso, creo que es muy importante hacer en términos de fortalecer el vínculo con las familias, como las familias participan de manera activa de lo que está pasando en el establecimiento educativo y como logro unir esas prácticas que pasan en las casa en la cotidianidad en la casa con lo que pasa en el colegio (GNB2).

Por su parte, desde el sector salud se planteó la importancia en la promoción de la lactancia materna en el entorno escolar, lo que podría ir incluido en alguna catedra del pensum como coadyuvante en la prevención del SM, además del impacto que esta práctica genera en el comportamiento alimentario de los individuos

Darle mucha importancia a la promoción de la lactancia, creo que esto también, es una práctica que es decisiva en el comportamiento alimentario de los niños y de las niñas (GDC1)

Al analizar el tema de atención con los rectores se pudo identificar la necesidad de trabajar los aspectos de alimentación y tienda escolar por separado. Se reconoce que, desde el colegio, solo se tiene control sobre la segunda y que es necesario iniciar un proceso de sensibilización basado en las reglamentaciones municipales y nacionales. Lo anterior, sin desconocer los aspectos burocráticos que conlleva a la administración de una tienda escolar y que existen otros aliados estratégicos que pueden ser vinculados para el estímulo de tiendas escolares saludables. En este caso, la Cámara de Comercio municipal, con el acompañamiento del sector salud y, de manera muy importante reconoce que en las tiendas escolares se seguirán ofreciendo productos alimenticios no saludables como los paquetes, dulces, gaseosas, entre otros dulces, en la medida en que no existan medidas más contundentes desde un nivel central, con alternativas sostenibles para los tenderos y complementado con un componente de educación alimentaria y nutricional que

trascienda a toda la sociedad. En últimas, se esperaría que fueran los propios niños, familias, comunidad educativa y sociedad civil quienes exigieran estos cambios.

Bueno una cosa es el programa de alimentación de escolar y otro es la tienda escolar, la tienda escolar está reglamentada hace como dos años salió una normativa de lo que debe vender las instituciones educativas y por ejemplo la tienda, el señor que es un arrendador él tiene que sacar un permiso donde la Cámara de Comercio de Facatativá les hizo charla con relación a que elementos debe tener las minutas que venden a los estudiantes, entonces el señor de la tienda escolar vende fruta, vende ensalada de frutas, vende fresas, vende helado que él hace de fruta, vende paquetes porque no podría decir mentiras, pero entonces se le quito que vendiera chicles, se le quito que vendiera pues esas cositas como demasiado dulce, que los niños ingrese porque tampoco los profesores le gusta que entren comiendo chicle entonces y que eso entonces se ha ido afinando para que el señor de la tienda venda las cosas saludables porque a nosotros han ido de la Secretaría de Salud, entonces revisan que lo que están vendiendo las minutas con la eso es uno con relación a la tienda escolar (IEF1).

Además, fortalecer la tienda escolar y en el programa de alimentación escolar seguir diciendo y diciendo que uno no está de acuerdo con lo que les entrega de menú y seguir en eso porque tú sabes que todos los días están cambiando los niños y que los niños ta, ta, ta, ta y que los niños al final cuando salga de la institución y vayan a una tienda o vayan a McDonald diga pero mejor comamos una ensaladita también porque debe ser carne con ensaladita y no “out” la ensalada, “out” del jugo porque es como todo ello no, como que hay que inculcarle de colegio lo mismo en casa, en la casa a uno les enseña tiene que comerse es verdura y la vida es cíclica (IEF1).

Finalmente, otra estrategia que se identificó frente al abordaje de esta problemática, son las acciones que se promueven desde la sociedad civil. En relación con el SM en niños, este actor aún no cuenta con los conocimientos o con el entendimiento pleno de la problemática, pero sí está dispuesto a trabajar sus factores de riesgo conocidos, por ejemplo, el sobrepeso, los inadecuados estilos de vida, la publicidad de alimentos industrializados, la comida chatarra, etcétera. Hablando en términos que permitan que los niños y jóvenes no crean que es solo una enfermedad de gente mayor o que el acceso a alimentos de riesgo para la salud implica un estatus en la sociedad, y que, con el apoyo de otros perfiles profesionales diferentes al de nutrición, y la intención ciudadana de velar por la salud de los niños y niñas, se puede llegar a tener efectos positivos en relación con la visibilización de la problemática para que sea incluida en la agenda pública.

Entonces, la decisión fue primero no hablar de síndrome, es una expresión lejana y complicada para las personas, entonces me explico: en educar consumidores, afortunadamente el único nutricionista soy yo, de resto hay profesionales de otras áreas

abogados, trabajador social, biólogo que es el que tiene mucha experiencia digamos en temas de decisión, y en cómo la gente toma decisiones, comunicador social, médico (SCB1).

Bueno, primero el síndrome metabólico es una expresión lejana, entonces por qué optamos por la decisión de hablar de comida chatarra en vez de optar por la opción ultraprocesados, o por que tomamos la decisión de decirle comestible, a los ultraprocesados, nosotros manejamos dos expresiones con la gente del común, comestible y comida chatarra, porque decidimos cambiar la definición de alimento, en nuestros talleres con la comunidad, porque decidimos sacar los mensajes de televisión como los sacamos, con unas palabras muy sencillas, por una cuestión muy sencilla qué son los sesgos mentales, y la forma en que la gente toma decisiones, entonces de acuerdo a los sesgos de las personas que son el estatus quo, la auto confirmación, y otros más que la verdad se me dificulta acordarme de todos, llegando a la conclusión de que no podíamos hablarles, ni de síndrome metabólico, ni de diabetes, a los niños no les hablamos de hipertensión, porque eso afecta una cosa que se llama el sesgo del futuro lejano, entonces la gente especialmente la joven piensa, que eso solo le pasa a los viejitos, así les esté pasando alguno de sus compañeritos, entonces eso fue lo primero. (SCB1).

### **3.4.3. Empoderamiento y protagonismo de las familias y los niños en su autocuidado**

Uno de los resultados relevantes frente al proceso que se debe llevar a cabo para la prevención del SM en los niños escolarizados fue la identificación del rol de los niños y familias en las acciones de promoción y prevención. Este elemento de gobernanza surgió de la percepción acerca de que los niños no están aprendiendo a cuidarse bien desde el hogar y en el colegio no se les refuerza el tema del autocuidado con la intensidad que se requiere. Además, la forma clásica en la que se emiten los conocimientos carece del componente de corrección o retroalimentación que le permita al niño autoevaluarse e involucrar a su círculo cercano. En este sentido, la escuela o el colegio se convierten en un entorno más con una misión limitada, desconociendo la posibilidad de involucrarse en procesos de promoción de salud y la responsabilidad que realmente tiene en este tema.

Porque los niños no están aprendiendo a cuidarse bien, porque los niños tienen estos comportamientos, por qué no se corrige al niño para no tener que castigar al adulto. Son puras visiones clásicas que se le han dado a la escuela, pero la escuela dice: “yo solamente soy un entorno, por el cual pasan cotidianidades, pero no tengo toda la responsabilidad (ANB2).

De otra parte, desde la comunidad educativa se reconoció la importancia de la atención integral con un énfasis muy fuerte en el autocuidado para que esta formación les permita a su vez cuidar a otros. Los docentes son llamados a vincularse en los procesos de autocuidado de la salud, de manera que sean tomados como referentes por sus estudiantes, ya que no se puede fragmentar a los actores del ámbito escolar.

porque y de la visión que tiene la institución como que sus estudiantes tengan una educación integral y la educación integral es que se cuiden ellos mismos, lo primero es que sean cuidadosos con ellos para que ellos puedan cuidar a los otros, entonces yo en el mensaje yo les mencionaba a los profesores para el día del educador que lo que yo necesitaba era profesores que se cuidaran ellos mismos para que cuidaran a sus familias y cuidaran a sus estudiantes, es eso, generarle el autocuidado, entonces la política debería ser esa (IEF1).

Por lo anterior, la participación y construcción conjunta de soluciones en salud, incluyendo a la comunidad educativa, el sector salud, las familias y niños, generando espacios de diálogo y de socialización, podría generar una mayor convivencia en la que la propia comunidad identifique sus problemas de salud y tenga una mayor participación. Esto tiene el potencial de generar procesos de empoderamiento sobre temas de salud y autocuidado que permitan mejorar algunas prácticas en los niños y en la comunidad en general.

Poder orientar realmente a las personas frente al cuidado de la salud y creo que eso está dado en pues en todos los entornos y todas las esferas y es como yo empiezo a lograr que cada persona se apropie de su salud desde las responsabilidades que tiene con ella (GNB2).

Como se ha venido reflexionando, los niños y familias deben ser considerados “agentes de acción”, “sujetos de transformación” y no solo receptores de información basada en conocimientos biomédicos, que resultan insuficientes y a veces innecesarios. Si no se generan espacios de discusión que realmente promuevan transformaciones resultado de la toma de decisiones informadas, de manera que

los conocimientos y la información y los medios de comunicación resulten ser un medio y no un fin.

Con esa forma yo siento que el niño y la niña puede ser un agente de la acción, un sujeto de la transformación y no verlos solamente como el que recibe el mensaje. O el que recibe, que es importante el plato saludable de la familia colombiana, cuando llega a su casa y ni siquiera hay almuerzo. Entonces que lea su contexto y que esto esté acompañado de procesos que lo sensibilicen y lo edifiquen para que pueda transformarlo, para mí esa es la clave. El contenido es lo de menos, para mí el contenido es el mediador. El fin es que el sujeto pueda actuar y pueda elegir entre muchas posibilidades (ANB2).

La responsabilidad de generar estos espacios no es únicamente de las familias o de actores externos al sector salud y educación. Estos últimos son los llamados a cambiar las metodologías tradicionales y propiciar estos espacios, con el fin de ayudar en la garantía plena del derecho a la salud y educación en los niños, contemplando a la familia como puente entre la escuela y el sector salud. Como lo indica, a continuación, el entrevistado “los niños y las niñas es un tejido de lo que hagamos por ellos”

Yo siento que los niños y las niñas es un tejido de lo que hagamos por ellos. Entonces somos responsables de garantizar sus derechos y por lo tanto, de garantizar su bienestar. Inicialmente la familia, pero la familia también es depositaria de todo lo que implica la sociedad (ANB2).

Bueno, inicialmente pensar como en el entorno próximo. La familia como mediadora, la familia y la escuela (ANB2).

Siguiendo este razonamiento, se identificó un reto en términos de política de salud, incluso de educación. La realidad es que no se concibe la idea de soltar responsabilidades directas a las familias y, mucho menos, a los niños. Desligarse de estos paradigmas sociales y políticos será un derrotero a tener en cuenta para avanzar en una política integral que cubra todos los derechos de los niños y las niñas, garantizando acciones articuladas, objetivos comunes con los elementos de diferenciación cultural que se requieren para una mayor efectividad. En este sentido, el empoderamiento, o el proceso de fortalecer conocimientos y capacidades en la comunidad y las familias para ejercer el poder y tener la libertad, información y

apoyo para tomar decisiones y actuar para hacerlas realidad, es una estrategia clave para superar las desigualdades en términos de salud y disminuir la brecha existente entre sectores que trabajan para una misma población.

Yo siento que esto es como el reto grande, porque nadie concibe soltarle, una responsabilidad de ese nivel a los niños, como que nuestras instituciones educativas, incluso las de salud, no conciben esa idea como factible, yo honestamente no entiendo por qué, porque los niños en los colegios si nos decían, es que a nosotros nunca nos preguntan nada (GNB1).

Otro paradigma identificado fue el hecho de que la información epidemiológica y técnico científica generalmente es manejada o está bajo control de los sectores que formulan y promueven políticas. Permitir que esta información sea apropiada por la comunidad fomentaría un mayor empoderamiento de la población frente a las problemáticas de salud y su participación en las estrategias para afrontarlas con resultados que lleven a cambios de conducta que ayuden a mitigar o controlar la aparición de SM en niños y adolescentes en el ámbito escolar.

Creo que nosotros en eso tenemos una deuda con la sociedad colombiana y es como lo empiezo a contar a la gente, o sea que la información no sea exclusiva de unos sectores y para unos indicadores que me permiten hacerle seguimiento mis acciones como sector, sino que también sea información que le permita a la gente de que si hay que hacer transformaciones (GNB2).

Parte de la falta de participación radicó también en la percepción de poca confianza de la comunidad hacia la institucionalidad. Esto ha generado un deterioro en la relación entre actores e imposibilita repensar políticas de manera más participativa. Si la población no se apropia de la política, no sucederán cambios que trasciendan al mejoramiento de los indicadores en salud.

Yo creo que puede ser un factor importante porque además como sociedad, como población, ciudadanos colombianos, ya hay mucha gente que no confía en la institucionalidad y esa desconfianza hace que la gente no quiera acceder a los servicios, que la gente no le tome el sentido de lo que pasa allí, yo puedo empezar a montar servicios súper potentes, pero si no logro que la gente se enganche con ello no va pasar nada, yo puedo montar una mega política educativa en salud, pero si la gente no la copia, no la logra no pasa nada (GNB2)



#### 4. DISCUSIÓN

Abordar el SM en niños y niñas escolarizados a partir de la TF ayudó, de manera innovadora, a iniciar la reflexión sobre el problema de una manera amplia, intuitiva y libre, abarcando el fenómeno de manera tal que sugirió generar diferentes evidencias que ponen al descubierto elementos poco analizados o inadvertidos en la relación entre los sectores de salud y educación. Esto fue fundamental al abordar temas de salud o identificar oportunamente factores de riesgo en una población que, al estar vinculada al sistema educativo, podría ser sujeto de estrategias que, de manera sinérgica con el sector salud, estimulen en los estudiantes pautas de autocuidado que los lleven a adoptar estilos de vida saludables.

Igualmente, se evidencio que el contexto social, cultural y los entornos en los que se desenvuelven los niños, niñas y adolescentes, pueden actuar como facilitadores o barreras en el mantenimiento de un buen estado de salud. Esto es fundamental en el análisis de las políticas públicas que actualmente operan para la garantía del derecho a la salud en esta población, pero que no necesariamente aseguran acciones conjuntas efectivas que faciliten la participación sectorial necesaria en la prevención de ENT o de SM con el sujeto y su entorno como eje central. Lo anterior permite sugerir que las interacciones dinámicas del sujeto (en este caso, niños, niñas y adolescentes) con los determinantes sociales y políticos de salud, resulta en problemas o situaciones de carácter sistémico, que son más complejos a la luz del abordaje político.

El rol de las instituciones desde niveles centrales o de decisión hasta las secretarías de salud, educación, cultura, seguridad, recreación y deportes, se consideró como un factor esencial para la definición del marco en el cual se desarrollan los comportamientos individuales, la acción colectiva o las políticas públicas. Este hallazgo está en línea con lo propuesto por March y Olsen (1984) y, derivado de la identificación de la presencia de SM en población escolarizada, están llamadas a incluir en la definición o ajuste de sus políticas de atención sin perder su misionalidad y aprovechando su estructura organizacional, dispositivos de decisión,

acciones que vinculen a la población escolarizada entre los 5 y 17 años de edad, superando así, paradigmas que permitan una mejor atención desde la integralidad y que sostengan las políticas definidas generando mejores resultados en la prevención de ENT, entre ellas, el SM.

Por lo anterior, el análisis de esta problemática a nivel de política podría enmarcarse en un enfoque neo institucionalista. La institucionalidad debe responder a los cambios sugeridos por las dinámicas sociales, en este caso, transición nutricional, elevación en la incidencia de enfermedades cardio metabólicas en niños y adolescentes, cambios frente a la manera de abordar el concepto de salud, el rol del individuo. Además, debe abordar elementos sistémicos que condicionan los entornos en donde se desarrolla la vida de los niños, analizando las condiciones problemáticas en salud y cómo estas, a su vez, influyen en las dinámicas sociales. De esta manera, se puede pensar el Estado en interacción constante con sus instituciones como mediadoras y a la comunidad como generadora de soluciones de manera propositiva (Muller & Surel, 1998), así como lo concluye el presente estudio.

Este análisis fue revelador, en medio de la discusión por conocer los factores sociales y políticos que inciden en la presentación de SM en niños y adolescentes. Uno de los resultados obtenidos fue la desconfianza por parte de la comunidad hacia la institucionalidad que, según Lane (1995), es un fenómeno creciente en la sociedad, que considera o constata que las instituciones y el Estado en general, se encuentran debilitados frente a los ciudadanos y a las organizaciones privadas. Esto implicaría al Estado negociar su autoridad, dando mayor valor a la participación ciudadana mediada por las instituciones que puedan incidir en la dimensión política del poder y su distribución (Beltrán, 2009).

Estos resultados sugieren desconfianza por parte de la comunidad hacia las instituciones y las acciones que ellas realizan. Esa misma desconfianza hace que la gente no pueda acceder a los servicios y no tome conciencia y sentido de lo que hay detrás de estos, en términos de planeación, objetivos, políticas. Lo anterior

genera una baja participación de la comunidad, en este caso, familias y niños en periodo escolar y la imposibilidad de los sectores primarios de atención (salud y educación) de repensar estrategias y programas más potentes e incluyentes, que impacten en políticas más completas. Si la política es muy completa, pero la comunidad no la apropia, no se generan los cambios.

Otro elemento en el análisis de política pública que rodea al SM en población escolarizada es la evaluación misma de las políticas actuales, bajo el enfoque del ciclo de política pública. En últimas, todas las acciones dirigidas a los estudiantes corresponden a una parte de este ciclo y, al parecer, según los resultados, no existe una trazabilidad en las acciones, por ejemplo, en lo relacionado al tema de la identificación del riesgo, notificación y adjudicación de responsabilidades cercanas a la incidencia de SM. Entonces, el análisis sugerido por Laswell & Mc Dougal (1992) permite plantear que el fenómeno se puede estudiar a la luz de cada fase de la política por separado o en su conjunto.

Es evidente que existen problemas en la planeación (minutas, actividades de formación, metodologías, identificación, priorización, atención, etcétera) y en la implementación misma de las políticas locales, evidenciado en el aumento en la incidencia del SM en población escolarizada y en el bajo impacto referido frente a las acciones de prevención y promoción en el entorno escolar. Además de la priorización de la escuela y del grupo poblacional de 5 a 7 años, como sujetos clave para la formulación de políticas, planes y estrategias para el control y reducción en los factores de riesgo de SM, que, como lo muestra la evidencia, es consecuencia de situaciones estructurales que deben ser abordadas en conjunto, no solo por sectores de salud y educación, labor que puede llegar a ser compleja debido a las diferencias organizacionales de cada sector.

La fragmentación en la comunicación y el accionar de los sectores llamados a tratar temas salud asociados a la promoción y prevención del SM y sus factores de riesgo en población escolarizada de Cundinamarca, así como la manera en que se organiza la información de base a partir de los sistemas de vigilancia epidemiológica

en este grupo poblacional, sugieren que, en el Departamento, se deben incluir estrategias y acciones encaminadas a superar la falta de comunicación y la oportunidad y calidad de la información.

Uno de los aspectos más llamativos de este estudio fue la sugerencia por parte de los actores tomadores de decisiones y de orden agencial de cambiar el modo en que, tradicionalmente, se promueve la salud. Se propone transitar de un modelo de determinantes de salud a un modelo sistémico que contemple aspectos estructurales de mayor amplitud y alcance relacionados con el individuo en su momento de ciclo de vida. Frente a esto, sin ninguna duda, el respaldo de la OMS a los estudios y reflexiones y su decisión de constituir la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en el año 2005, ha sido un factor decisivo para que ese concepto haya sido asumido nuevamente por los centros de investigación y de formación académica en salud pública, y para que haya sido incorporado en los debates y en los marcos conceptuales de las políticas de salud de muchos países (Ortega, 2013), incluido Colombia.

Lo anterior, también lleva a un análisis de la intersectorialidad asociada al fenómeno en el marco del modelo de determinantes sociales de salud o sistémico y frente a esto, se ha definido que la intersectorialidad entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, concepto que aplica plenamente en el análisis del SM en niños y adolescentes escolarizados a propósito de los resultados frente al rol de los diversos sectores que se identificaron en esta investigación, generándose la necesidad de incorporar los hallazgos de investigación científica en las políticas públicas, la promoción y en la atención de esta población (Godoy-Casabuenas , Franco, Lozano, & Gore-Sanabria, 2017).

Este enfoque, aunque contempla múltiples dimensiones de la vida humana, no entra en detalle cuando el problema se ve influenciado por círculos cercanos y el efecto que sobre estos tienen las dimensiones mayores. En este sentido, las entidades que trabajan con niños y adolescentes deberían concebir que los factores asociados

al SM son tan variados y numerosos como complejos y que, además, se sitúan en diferentes niveles y pueden ejercer influencia directa o indirecta sobre los niños afectados por el SM, manteniendo importantes interconexiones entre sí. De esta manera, la familia, los amigos, las condiciones laborales, el personal sanitario, la organización hospitalaria o la escuela pueden llegar a convertirse en elementos facilitadores o disruptores en las vidas de estas personas, afectando, incluso, el curso y pronóstico de la enfermedad (Linares, Vilariño, Villas, Álvarez-Dardet, & López, 2002) . Esto hace que el SM deba ser entendido como una condición compleja en la que se mezclan múltiples variables.

Finalmente, resultó que el SM en población escolarizada no se asocia solo a comportamientos y hábitos individuales. Detrás del fenómeno existe una responsabilidad inherente a las instituciones de salud y educación relacionada con el enfoque que, históricamente, se ha dado a las acciones de salud pública basadas en la medicina para curar y con un concepto de salud que, aunque tiene políticamente un enfoque de determinantes sociales, al parecer, ya no es suficiente, abriendo la discusión sobre repensar la salud desde modelos sistémicos que permitan la construcción e identificación de una problemática en salud cuyos responsables no solo sean los sectores primarios sino todo sector que tenga relación con el bienestar integral de las familias y los niños.

## **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El SM es un problema de salud pública emergente en la población escolarizada de 5 a 17 años de edad. Se convierte así, en un reto que exige tanto al sistema de salud como a todos los actores relacionados con la comunidad educativa. Se propone reconocer la situación y prepararse para abordarlo de forma oportuna y adecuada, implementando estrategias de promoción, prevención e intervención generales que puedan ser adaptadas a contextos específicos de acuerdo con sus características particulares.

Entre los principales factores sociales y políticos que pueden estar incidiendo en el desarrollo del SM en niños, niñas y adolescentes escolarizados en los municipios de Facatativá y Zipaquirá, se encuentra la fragmentación y ruptura en la comunicación interinstitucional, principalmente, entre el sector salud y educación. Los dos sectores manifestaron presentar dificultades al momento del trabajo conjunto, debido a que cada uno tiene un modo organizacional y misional distinto, que no les permite cruzar acciones de salud comunes de manera eficiente o con mayor impacto en la población escolarizada. Esta situación se convierte en una oportunidad, en la medida en que, los sectores de salud y educación reconocieron la necesidad e importancia de la generación de mecanismos de gestión social y política que les permita trabajar sin excluirse, pues el SM en los niños y niñas evolucionó, según ellos mismos, en parte, a acciones mal dirigidas desde ambos sectores.

La identificación de factores de riesgo para SM (tamizaje, priorización, tratamiento y seguimiento) desde salud, con apoyo de educación fue el cuello de botella en la definición del fenómeno. Aunque estas acciones parecieran ser, a la luz de las políticas locales, responsabilidad del sector salud, educación puede y está dispuesto a ser el puente para asegurar su cumplimiento. Sin embargo, sus diferencias estructurales, derivadas de cada sistema, limitaron el accionar conjunto en temas de salud pública relacionados con la presentación del SM en esta población

Desde el sector salud, la mayor dificultad radicó en las restringidas opciones de identificación, clasificación y diagnóstico de factores de riesgo para SM. Además de las limitaciones de los sistemas de vigilancia vigentes que, según los actores involucrados, no les permiten identificar particularmente las condiciones de riesgo en niños y niñas entre los 5 y 17, seguido de las complejidades que suscita el trabajo en las instituciones educativas. Aunque este puede llegar a ser un escenario ideal, por tener allí, de forma focalizada a toda la población, según este actor, la dinámica

dentro de las instituciones educativas solo permite realizar acciones cortas de bajo impacto en el cambio de los estilos de vida en los estudiantes.

Por su parte, desde el sector educación se percibió poca adherencia hacia las acciones en salud pública dirigidas a su población estudiantil, dadas las múltiples obligaciones de orden académico que, en esencia, consideran su misión más importante. Sin embargo, se reconoció que, desde que en las instituciones se ejecuta el PAE, se ha tenido un proceso adaptativo en el que, necesariamente, debieron tomar acciones en beneficio de la salud nutricional de los niños y niñas y adolescentes. A partir de allí, se han generado reflexiones sobre la calidad de la alimentación, la importancia de esta en el rendimiento académico y el impacto de la educación nutricional en la prevención de la malnutrición por déficit y, con mayor fuerza, por exceso. Así, se identificaron, desde este sector, la apertura a temas de salud, incluso, desde el fortalecimiento de capacidades en nutrición de su planta docente y del operador de las tiendas escolares.

Algunos puntos de encuentro entre los dos sectores se vieron reflejados en el interés por el dialogo interinstitucional y por la necesidad de contar con herramientas de política que les permitan actuar de manera sinérgica sin que ello genere interrupción de sus actividades misionales. Además de considerar importante un sistema de vigilancia efectivo en la detección de factores de riesgo nutricional y metabólico en la población entre 5 y 17 años y, aunque esto pareciera un interés único de salud, desde las instituciones educativas se manifestó la importancia de que en las IPS se generen recomendaciones que se puedan llevar a cabo desde el colegio o la escuela y que permitan, por ejemplo, la priorización de los niños en riesgo nutricional. De esta manera se pueden emprender acciones que incluyen ajuste de cátedras para fortalecer la educación alimentaria y nutricional, el tema de actividad física, salud oral, sexual y mental, entre otros, y, por último, contar con la posibilidad de un dialogo e interacción sin barreras burocráticas, conceptuales o logísticas entre el sistema de salud y educativo.

Como factor político importante, se resalta inexistencia del SM como un problema de salud pública en las políticas de salud infantil. Esto ha impedido que sea reconocido como un problema que deba ser abordado desde la edad escolar, de manera integral, apuntando a todos sus factores de riesgo clínicos, sociales y políticos identificados en esta investigación como en otras fuentes (García-García, y otros, 2008) (Villamor, Finan, Ramírez-Zea, & Roman, 2017).

En suma, el contexto social y económico fue determinante en la presentación del SM en población escolarizada. No fue solo cuestión de hábitos individuales y familiares o de acciones no concluyentes o de impacto de parte del sector salud o educación, sino de la falta de interacción entre actores y sectores, de los cuales dependen el cuidado integral de los individuos como parte de una sociedad colaborativa que requiere, más que acciones mitigantes o intervenciones estructuradas en un marco de política global concebido desde el mismo Estado en sus planes de desarrollo gubernamental. Aunque la misma Constitución Política de Colombia concibe estos elementos en un amplio marco de derechos individuales y colectivos, aún no se consolidan mecanismos que permitan la interrelación de sectores históricamente aislados en políticas de salud poblacional.

La alimentación en los escolares fue uno de los factores más importantes en la comprensión de la aparición del SM en esta población y que, independiente de su fuente de influencia, ya sea familiar, por publicidad, por el colegio o por el programa de alimentación escolar, fue un proceso que requiere de una coordinación y dialogo técnico entre los actores involucrados. Además, se requiere voluntad política para alcanzar las expectativas de la población, pero sobre todo para incidir positivamente en una población que requiere que se le hagan cumplir o valer dos derechos fundamentales a la vez: el de la educación y el de una alimentación sana, de acuerdo con su edad, que le permita un mejor desenvolvimiento y desarrollo en el ámbito escolar.

Estos hallazgos proporcionan datos importantes para los profesionales de la salud, educación y otros sectores responsables de la formulación de políticas de salud



infantil. Se debe tener en cuenta la magnitud de este problema, que adiciona una doble carga en un país como Colombia, en el que aún se trabaja en la eliminación de la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes. Las tendencias actuales en la obesidad infantil y sus consecuencias metabólicas, definidas por criterios uniformes, deben ser monitoreadas y estudiadas a profundidad, con el fin de obtener información útil para la prevención de las temibles consecuencias en la salud individual, el bienestar social y la carga al sistema de salud de las ENT, entre ellas, el SM.

El abordaje para la atención y prevención del SM en los niños y niñas escolarizados, requiere de metodologías participativas y vivenciales, sugiriendo un enfoque multidimensional que incluye, en vía circular, la participación de entes de decisión política nacionales, departamentales y locales, los sectores primarios de atención (son salud y educación), la vinculación de otros actores que hacen parte del contexto y la inclusión activa de familias, niños, niñas, adolescentes, docentes, rectores y la sociedad civil interesada en los temas de salud infantil.

Por lo anterior, es necesario ampliar el conocimiento sobre los efectos de la participación ciudadana, incluyendo actores del sistema educativo, padres, niños, niñas y adolescentes en la construcción de políticas de salud e intervenciones. En este proceso se deben tener en cuenta sus percepciones sobre el mantenimiento de la salud, el rol que juegan en este proceso y la comprensión de cómo son sujetos de derecho que deben ser atendidos de manera integral. Además, deben ser tomados en cuenta, como pilar de decisión fundamental en temas de política integral, estrategias de intervención efectivas y viables y el trabajo interdisciplinario e intersectorial armonizado, siempre a la luz de la voz de la comunidad como eje central y fundamental.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, G., Turner, S., & Arias, R. (2008). Prevalence of the metabolic syndrome in school children and adolescents of the urban area of Medellín, Colombia. *Iatraia* 21(3), 260-270.
- Ardila-Suarez, E. E., & Rueda-Arenas, J. F. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista colombiana de sociología*.
- Artigas, C. (2002). El enfoque de derechos aplicado en programas sociales: una apuesta por la superación de la desigualdad y la pobreza. *Seminario Perspectivas innovativas en Política Social*.
- Avila, A. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense, Vol 51, No 2*, (págs. 71-73).
- Ávila-Curiel, A., Galindo-Gómez, C., Juárez-Martínez, L., & Osorio-Victoria, M. L. (2018). Síndrome metabólico en niños de 6 a 12 años con obesidad, en escuelas públicas de siete municipios del Estado de México. *salud pública de méxico*, 60, 395-403.
- Bacopolou, F., Efthymiou, V., Palaiogos, G., Tsarouhas, K., Landis, G., Fostiropoulos, I., & Papassotiriou, I. (2019). Telemedicine screening adolescent metabolic syndrome in Greek schools. *European journal of clinical investigation*(e13075).
- Bassin, S. L., Luo, Y., Li, A., Perez, A., & Wong, N. D. (2013). Prevalence of and trends in metabolic syndrome and associated cardiovascular risk factors among US adolescents between 1999 and 2008. *Cardiovascular Endocrinology & Metabolism*, 2(2), 23-30.
- Beltrán, M. R. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud*.

- Blanco, M., & Castro, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación, Vol 27, No 4*.
- Bloch, K. V., Szklo, M., Kuschner, M. C., de Acevedo Abreu, G., Barufaldi, L. A., Klein, C., & Da Silva, T. (2015). The Study of Cardiovascular Risk in Adolescents—ERICA: rationale, design and sample characteristics of a national survey examining cardiovascular risk factor profile in Brazilian adolescents. *BMC Public Health, 15*(1), 1-10.
- Blumer, H. (1971). Social problems and collective behavior. *Social problems, Vol 18, No 3*, 298-306.
- Boladeras, M., Maldonado, C., Delgado, C., Fernandez, M., Pfizenmaier, W., Lukomski, A., . . . Gerlein, C. (2000). Bioética y Calidad de Vida. *Bioética y Calidad de vida; Ediciones El Bosque*.
- Borovoy, A., & Roberto, C. A. (2015). Japanese and American public health approaches to preventing population weight gain: A role for paternalism? *Social Science & Medicine*(142), 62-70.
- Borrell, C. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Grac Sanit, 22*(5), 465-473.
- Bourdeau, P., Wacquant, L., & Dion, L. (1995). Respuestas por una antropología reflexiva.
- Bronfenbrenner, U. (1999). *Environments in developmental perspective: theoretical and operational models*. (A. P. Association, Ed.) Washington, DC.: Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts.
- Bryant, A. (2002). Re-grounding grounded theory. *JITTA: Journal of Information Technology Theory and Application, Vol 4, No 1*.
- Canales, C. (2006). Metodologías de la investigación social. *LOM Ediciones*, 163-165.

- Capano, G. (2009). Understanding policy change as an epistemological and theoretical problem. *Journal of Comparative Policy Analysis*, Vol.11, No.1, 7-31.
- Cárdenas Villarreal, V. M., Dávila Ramírez, S., Gallegos Cabrales, E. C., Salazar González, B. C., & Rizo Baeza, M. M. (2009). Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*, 17(7), 297.
- Catalá, J. (2005). *De la burocracia al "managenent", del "management" a la gobernanza: transformaciones de las administraciones públicas de nuestro tiempo*. Instituto Nacional de Administración Pública.
- CEPAL. (2018). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*.
- Charmaz, K. (2005). Grounded Theory in the 21st century. *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 3 edition.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). Capítulo 1: Variedad de datos y variedad de análisis y Capítulo 2: Los conceptos y la codificación. En *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Universidad Nacional de Antioquia,.
- Congreso, d. I. (2012). Ley Estatutaria 1581.
- Cortés, A. (2006). Inequidad, pobreza y salud. *Colombia Médica*; Vol 37; No 3, 223-227.
- DANE. (2005). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Bogotá.
- DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Bogotá.
- DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Bogotá.
- Deubel, R. (2018). Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. *Ediciones Aurora*, 13 Edición, 35.

- Díaz-Bravo, L., Torruco, U., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica, Vol 2, No 7*, 162-167.
- Eckel, R., Grundy, S., & Zimmet, P. (2005). The Metabolic Syndrome. *Lancet, No. 365*, 1415-1428.
- Elmore, R. (1982). Backward Mapping: Implementations research and policy decision. *Williams W y Al eds, Studying Implementation: Methodological and administrative Issues, Chatman House, New Jersey*.
- Elsamadony, A., Yates, K. F., Sweat, V., Yau, P. L., Magnone, A., Joseph, A., & Convit, A. (2017). Asian Adolescents with Excess Weight are at Higher Risk for Insulin Resistance than Non-Asian Peers. *Obesity, 25(11)*, 1974-1979.
- ENSIN, I. C. (2019). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia*. Bogotá, Colombia: Panamericana.
- Fetters, M., Curry, L., & Creswell, J. (2013). Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health services research, 48 (6pt2)*, 2134-2156.
- Flick, U. (2012). Introducción a la investigación cualitativa.
- Flowers, P., Larkin, & Smith, F. (2009). Interpretative phenomenological analysis: Theory, Methods and research.
- Friend, A., Craig, L., & Turner, S. (2013). The prevalence of metabolic syndrome in children: a systematic review of the literature. *MetaSyndr Relat Disord, 71-80*.
- Gallardo, K., Benavides, F., & Rosales, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista Ciencias de la Salud, 14(1)*.
- García-García, E., La Lata-Romero, D., Kaufer-Horwitz, M., Tusie-Luna, M., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., & Sotelo-Morales, J. (2008). La

obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: una reflexión. *Archivos de cardiología de México*, 78(3), 318-337.

Glaser , B. (1992). Basics of grounded theory analysis. *Mill Valley, CA: Sociology Press*.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory. *Chicago: Aldine Press*.

Godoy-Casabuenas , N., Franco, M., Lozano, J. M., & Gore-Sanabria, N. (2017). Importancia de la intersectorialidad en la investigación para la salud: conectando comunidades, científicos y tomadores de decisiones. *Medicina (Bogotá)*.

Gómez, J., González, M., & Ramírez, R. (2019). Determinantes políticos de la salud: un concepto de importancia para el profesional en salud pública. Opinión Novel. *Revista Avances en Salud; Vol 3; No 1* .

Gómez, J., González, M., & Ramírez, R. (2019). Determinantes políticos de la salud: un concepto de importancia para el profesional en salud pública. Opinión Novel. *Avances en Salud, Vol 3, No 1*.

Gotthelf, S., & Jubany, L. (2004). *Prevalencia de los factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en niños y adolescentes obesos en la ciudad de Salta*. Buenos Aires: Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales.

Goulding , C. (1998). Grounded theory: The missing methodology on the interpretivist agenda. *Qualitative Market Research: An International Journal, Vol 1, No 1*, 50-57.

Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches qualitatives, Vol 26, No1* , 32-50.

Haghani, S., Shahnazi, H., & Hassanzadeh, A. (2017). Effects of tailored health education program on overweight elementary school students' obesity-

- related lifestyle: a school-based interventional study. *Oman medical journal*, 32(2), 140.
- Hammersley, M. (1989). *The dilemma of qualitative method*. London.
- Harrel, J. S., Jessup, A., & Greene, N. (2006). Changing our future: obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(4), 322-330.
- Hernandez-Monsalve, J. S., Jiménez-Barbosa, W. G., & Acuña-Gómez, J. S. (2019). Influencia de las representaciones sociales sobre la implementación de la política Mas Familias en Acción. *Infancias y juventudes: Acción Colectiva, PARTICIPACIÓN, Políticas públicas y Estado*, No 47.
- Hirschman, E., & Thompson, C. (1997). Why media matte: Toward a richer understanding of consumers relationships with advertising and mass media. *Journal of Advertising*, Vol 26, No1, 43-60.
- Hollar, D., Hollar, L. T., & Lombardo , M. (2012). Moving Clinic- and Community-Based Practice into Policy to Address Child Healthy Weight (and Vice Versa). *Pediatric Metabolic Syndrome*, 351-368. doi:10.1007/978-1-4471-2366-8\_18
- Hunt, J., & Ropo, A. (1995). Multi-level leadership: Grounded theory and mainstream theory applied to the case of General Motors. *Leadership Quartely*, Vo 6, No 3, 43-60.
- Hurtado, A. M., & Garcés, J. M. (2018). *Procesos de determinación social de la cultura alimentaria en población escolar de Cali, Colombia*. Cali: Procesos de determinación social de la cultura alimentaria en población escolar de Cali, Colombia.
- ICBF . (2011). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia*. Bogotá, Colombia: Panamericana.

- ICBF. (2018). *Recomensaciones de Ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- INS. (2019). *Síndrome metabólico en población escolarizada de Cundinamarca-colombia*. Bogotá.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2017). *Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional de la Población Colombiana*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Instituto Nacional de Salud. (2018). *Síndrome Metabólico en edad escolar*. Bogotá.
- Jiménez, W. (2007). El enfoque de derechos humanos y las políticas públicas. *Revista Universidad Sergio Arboleda, Vol 7, No 12, 31-16*.
- Kaur, H., Hyder, M. L., & Posten, W. C. (2003). Childhood overweight. *Treatments in Endocrinology, 2(6), 375-388*.
- Kelishadi, R. (2007). Childhood overweight, obesity, and the metabolic syndrome in developing countries. *Epidemiologic reviews, 29(1), 62-76*.
- Lafortuna, C. L., Adorni, F., Agosti, F., De Col, A., Sievert, K., Siegfried, W., & Sartorio, A. (2010). Prevalence of the metabolic syndrome among extremely obese adolescents in Italy and Germany. *Diabetes research and clinical practice, 88(1), 14-21*.
- Lane, J.-E. (1995). *The public sector. Concepts, models and approaches*. Sage, London.
- Laswell, H., & Mc Dougal, M. (1992). *Jurisprudence for a free Society: Studies in Law, Science and Policy*. New Haven: New Haven Press.
- Lehman, U., & Gilson, L. (2013). Actor interfases and practices of power in a community health worker programme: a Sout African study of unintended policy outcomes. *Health and policy planning, Vol 28, No 4, 358-366*.



- Linares, E. T., Vilariño, C. S., Villas, M. A., Álvarez-Dardet, S. M., & López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Lincon, Y., & Guba, E. (1985). Establishing trustworthiness. *Naturalistic inquiry*, 289-327.
- López Daza, G., Torres, P., & Gómez García, C. (2017). la alimentación escolar en las instituciones educativas públicas de Colombia. Análisis normativo y de la política alimentaria. *Prolegómenos*, Vol 20, No 40, 97-112.
- Mackenbach, J. (2014). Political determinants of health. *European Journal of Public Health*, 22(5), 465-473.
- Majone, G. (1997). *Evidencia, formulación y persuasión en la formulación de políticas*. México.
- March, J., & Olsen, J. (1984). The New Institutionalism. Organizational Factors in Political Life. *American Political Science Review*, 78, 734-749.
- March, J., & Olsen, J. (1989). *Rediscovering Institutions: The organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- Marín-Echeverri, C., Arias, A., Gallego-Lopera, N., & Barona-Acevedo, J. (2015). Síndrome metabólico en niños: problemática, componentes y criterios diagnósticos. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 17(2), 167-184.
- Martínez, G. (2005). *La gobernanza hoy: Introducción*. Textos de referencia.
- Masood, S., Kothari, A., & Regan, S. (2018). Comparing views about evidence in Ontario public health units: a qualitative descriptive study. *Evidence and Policy: A journal of research, Debate and practice*, Vol 14, No 4, 613-640.
- Maxwell, J. (1996). Capítulo 5: Methods: what will you actually do? y Capítulo. En *Qualitative research desing. An interactive approach*. London: Sage Publications.

- Mendis, S., Armstrong, T., & Bettcher, D. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida*. Organización Mundial de la Salud.
- Mendoza, J., Watson, K., & Cullen, K. (2010). Change in dietary energy density after implementation of the Texas Public School Nutrition Policy. *Journal of the American Dietetic Association*, Vol 110, No 3, 434-440.
- Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*, 2nd edn. *Sage Publications* .
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*.
- Ministerio de Salud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional*. Bogotá: Oficina Asesora de Comunicaciones ICBF.
- Ministerio de Salud, R. d. (1993). Resolución, N. 008430.
- Moreno-Altamirano, L. (2009). La epidemia del siglo XXI. El síndrome metabólico: factores socioculturales. *Gaceta Médica de México*, 145(5), 396-399.
- Muller, P., & Surel, Y. (1998). *L'analyse des politiques*. París.
- Mundial, A. (2019). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.
- Mundial, A. M. (1964). Declaración de Helsinki. *principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos*. Helsinki.
- Ochoa, A. (2008). Prevalence of the metabolic syndrome in school children and adolescents of the urban area of Medellín, Colombia. *Iatreia*, 21(3), 260-270.

- OMS. (2020). *Enfermedades no transmisibles*. Tomado de: [https://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/).
- OMS, O. M. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas*. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales en salud. Río de Janeiro: Recuperado de: [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf).
- Ortega, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 31, 11.
- Ottersen, O., Dasgupta, J., Blouin, C., & et al. (2014). The political origins of the health inequity: prospects for change. *The Lancet*, 383, 63-667.
- Páramo, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, No 37, 1-7.
- Parse, R. (1990). Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. *Nursing Science Quarterly*, Vol 3, No1, 9-17.
- Pastor-Vicedo, J. C., Gil-Madróna, P., Tortosa Martínez, M., & Martínez-Martínez, J. (2012). Efectos de un programa de actividad física extracurricular en niños de primer ciclo de ESO con sobrepeso y obesidad. *Revista de psicología del deporte*, 21(2), 379-385.
- Penedo, F. J., Brintz, C. E., Llabre, M. M., Arguelles, W., Isai, C. R., Arredondo, E. M., & Gallo, L. (2015). Family environment and the metabolic syndrome:

- Results from the Hispanic community health study/study of latinos (HCHS/SOL) sociocultural ancillary study (SCAS). *Annals of Behavioral Medicine*, 49(6), 793-801.
- Pérez, M. (2000). La violencia entre los jóvenes colombianos: un reto para la bioética moderna. *Bioética y Calidad de Vida; Ediciones El Bosque*.
- Pierlot, R., Cuevas-Romero, E., Rodríguez-Antolín, J., Méndez-Hernández, P., & Martínez-Gómez, M. (2016). Prevalence of Metabolic Syndrome in American children and adolescents. *Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas*, 20(1), 40-49. doi:<https://doi.org/10.1016/j.recqb.2016.11.004>
- Pierre, J., & Peters, B. (2000). *Governance, politics and the state*. Red Globe Press.
- Ramírez, M. (2018). *Evaluación del impacto en los programas de alimentación escolar en Cundinamarca, como un derecho*.
- Ramírez-Vélez, R., García-Hermoso, A., Agostinis-Sobrinho, C., Mota, J., Santos, R., Correa-Bautista, J. E., & Villa-Gonzalez, E. (2017). Cycling to school and body composition, physical fitness, and metabolic syndrome in children and adolescents. *The Journal of pediatrics*,(188), 57-63.
- República, C. d. (2012). Ley estatutaria 1581 de 2012. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp>.
- Rodríguez, A. (2016). La desigualdad de ingreso y salud en Colombia. *Perfiles Latinoamericanos; Vol 18*, 265-296.
- Rojas, O. (2013). Determinantes sociales de la salud y la acción política. *Rev Hum Med*, 13(2), 279-291.
- Roth, A.-N. (2018). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Rowlands, J. (1997). Questioning Empowerment. Working whit women in Honduras. *UK and Ireland: Oxfam Publication*.

- Sabatier, P., & Mazmanian, D. (1979). The conditions to effective implementaion: A Guide to Acomplishing Policy Objectives. *Policy Analisys; Vol 5*, 129-168.
- Sanchez Vidal, A. (2002). *Psicología social aplicada. Teoría, métodos y práctica*.
- Secretaria de Educación de Facativa . (2016). *Documento de Caracterización . Facativá*.
- Secretaría de Educación de Zipaquirá. (2017). *Caracterización y perfil del sector educativo*. Zipaquirá.
- Sociedad Geográfica de Colombia. (18 de 03 de 2021). *Sociedad Geográfica de Colombia*. Obtenido de <http://sogeocol.edu.co/web/index.htm>
- Soto P, M. P. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300.
- Stoner, L., Shultz, S. P., Lambrick, D. M., Krebs, J., Weatherall, M., Palmer, B. R., & Williams, M. A. (2013). The combating obesity in Māori and Pasifika adolescent school-children study: COMPASS methodology and study protocol. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(5), 565.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2016). Bases de la investigación cualitativav: técnicas y procesimientos para desarrollar una teoría fundamentada . *Universidad de Antioquia*.
- Suebsamram, P., Pimpak, T., Thani, P., & Chamnan, P. (2018). The Metabolic Syndrome and Health Behaviors in School Children Aged 13–16 Years in Ubon Ratchathani: UMeSIA Project. *Metabolic syndrome and related disorders*, 16(8), 425-432.
- Suebsamran, P., Pimpak, T., Thani, P., & Chamnan, P. (2018). The Metabolic Syndrome and Health Behavioirs in School Children Aged 13-16 years in Ubon Ratchathani: UMeSIA Project. *Metabolic syndrome and related disorders*, Vol 16, No 8, 425-432.

- Valcarce, F. (2005). La sociología de los problemas públicos. Una perspectiva crítica para el estudio de las relaciones entre la sociedad y la política. *Nómaditas Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 12 (2).
- Viana, A., & Baptista, W. (2008). Análise de Políticas de Saúde. *En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Calvaho AL, organizadores; Políticas e sistema de saúde no Brasil* (págs. 65-105). Río de Janeiro, Brasil: Fiocruz.
- Villamor, E., Finan, C., Ramírez-Zea, M., & Roman, A. (2017). Prevalence and sociodemographic correlates of metabolic syndrome in school-aged children and their parents in nine Mesoamerican countries. *Public health nutrition*, Vol 20, No2, 255-265.
- Villar, A. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, Vol 28, No 4, (págs. 237-241).
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6.
- Wells, A. (1995). The strategy of Grounded theory: Possibilities and problems . *Social Work Research*, Vol 19, No 1, 33-37.
- Wu, H., Li, H., & Zong, X. (2016). The prevalence of overweight, obesity and stunting in school children aged 6–19 years in Beijing, China. *Annals of human biology*, 43(6), 505-509.
- Wuest, J. (1995). Feminist Grounded theory: the missing methodology on the interpretivist agenda. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 3 edition.
- Zárate, G., & Pérez, M. (2012). Factores sociales como mediadores de la salud pública. *Revista Científica de Salud UniNorte*; Vol 23; No 2.
- Zhang, Y. Q., Li, H., Wu, H. H., Zong, X. N., Zhu, Z. H., Pan, Y., & Yu, Y. (2017). The 5th national survey on the physical growth and development of children

in the nine cities of China: Anthropometric measurements of Chinese children under 7 years in 2015. *American Journal of Physical Anthropology*, 163(3), 497-509.

Zimmet , P., Alberti, G., & Shaw, J. (2005). *Editorial Med J Aust*, 175-176.

Zimmet, P., Alberti, M., George, K., & Serrano , M. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: Fundamento y resultados; No. 58(2). *Revista Española de Cardiología*, 1371-1376.

## 7. ANEXOS

### 7.1. Anexo 1- Marco de política pública

Colombia como Estado Social de Derecho reconoce que la sociedad es un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real para lo cual debe crear los supuestos sociales de la misma libertad para todos (Artigas, 2002), esta perspectiva implica, trabajar deliberadamente por la supresión de la desigualdad de cualquier tipo y en primer plano la social, por lo que la acción del estado debe dirigirse a garantizar a todos los ciudadanos condiciones de vida dignas. Es clara la necesidad de apropiar los valores relacionados con los derechos fundamentales, empezando por la equidad, entendida en su fundamento operativo, como dar a cada uno lo que necesita, en una relación íntima con la justicia, cuyo fin es el de reducir inequidades basadas en las diferencias (Jiménez, 2007).

Para hacer esta perspectiva una realidad en el marco de la gestión en salud pública liderada por la autoridad sanitaria hace imperativo que las políticas, planes y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada entre los diferentes actores del Sistema General de seguridad Social en Salud en conjunto con otros sectores del gobierno y las organizaciones sociales y privadas y la comunidad para alcanzar los resultados en salud. Implica procesos de coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades institucionales y de talento humano, gestión administrativa y financiera de los insumos y del talento humano, del aseguramiento, y del conocimiento para tener información y evidencia para tomar decisiones. También incluye la gestión de las intervenciones colectivas y de la prestación de servicios individuales, así como de la participación social, la planeación en salud, la vigilancia en salud pública y los procesos de inspección, vigilancia y control (Resolución 518 de 2015).



En nuestro sistema descentralizado de gobierno estas responsabilidades se encuentran en manos de los actores territoriales que bien pueden estar adscritos a entidades nacionales, pueden ser funcionarios de elección popular, de libre nombramiento y remoción, contratistas a término definido o funcionarios de carrera en los municipios y las gobernaciones.

En un mar de factores sociales y políticos, las directrices del nivel nacional y las responsabilidades e ideales de los territorios con relación a las ECNT y el SM se encuentran expresadas en documentos de política, todos ellos comparten el propósito de aportar para el mejoramiento de la calidad y condiciones de vida de los habitantes del territorio de Cundinamarca, veamos cuales son esos documentos y sus características:

#### **7.1.1. Documentos de Política Nacional**

1. Ley 1355 de 2009: Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.
2. Documento Conpes Social 113 de 2007: Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional.
3. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: política de salud pública esencial del Estado, que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental, dimensión central del desarrollo humano e instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con la determinación social de la salud.

#### **7.1.2. Normas**

1. Resolución 3202 de 2016 Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en

- Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones
2. Resolución 429 de 2016. Por la cual se adopta la Política Integral de Atención en Salud —PIAS.
  3. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
  4. Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión en Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas —PIC
  5. Resolución 1441 de 2016 Establece estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y dicta otras disposiciones.

### **7.1.3. Documentos de política Cundinamarca**

1. Plan de Desarrollo de Cundinamarca 2016-2020, capítulo de tejido social: Comprender que vencer las inequidades del desarrollo requiere implementar exitosos modelos estatales basados en salud y educación con total cobertura y calidad. Acudir a referentes como Finlandia o los países bajos, gobiernos donde los esfuerzos de la política pública se centraron en salud, educación sin caer en el asistencialismo y sin negarse a la integración comercial y la competitividad global.
2. Plan Territorial de Salud 2016-2020. Armonización con la Metodología PASE a La Equidad En Salud: Priorización de los problemas de salud del departamento de Cundinamarca, 2015, reconociendo el alto impacto de las ECNT. Mortalidad por eventos no trasmisibles (enfermedad sistema circulatorio, enfermedades crónicas, accidentes de tránsito, agresiones (homicidios). Morbilidad enfermedades no transmisibles.

3. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Estilo de Vida Saludable y Enfermedades No Transmisibles. Convenio cooperación técnica no. 485/10. carta de acuerdo col/loa/1100040.001. pontificia universidad javeriana. ministerio de salud y protección social. organización panamericana de la salud: Define las intervenciones poblacionales en factores de riesgo o protectores comunes para las ECNT: alcohol, tabaquismo, actividad física y alimentación.
4. Análisis de Situación de Salud – ASIS. Con el Modelo de los Determinantes Sociales en Salud. 2016, como marco para la toma de decisiones en salud.

#### **7.1.4. Lineamientos nacionales que apuntan a la prevención de ENT**

1. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, que contiene las pautas para la promoción de estilos de vida saludable en el grupo de interés.
2. Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional, que indica que la alimentación debe ser saludable a lo largo de la vida, desde la gestación y, principalmente, durante los primeros años de vida, para prevenir la malnutrición y distintas enfermedades crónicas no transmisibles.
3. Estrategia promocional de estilos de vida saludable (EPEVS) en instituciones educativas Esta estrategia que se desarrolló en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional se desplegó como una experiencia piloto en Antioquia, Risaralda, Tolima y Neiva, con participación de 230 establecimientos educativos y 315 docentes. Dicha metodología consiste en la aplicación del Módulo de Orientaciones Pedagógicas para la Promoción de Estilos de Vida Saludable, el cual se articula al Proyecto Educativo Institucional, y programas de mejoramiento escolar. Las instituciones educativas se capacitan para desarrollar proyectos pedagógicos transversales en Estilos de Vida Saludable.

## 7.2. Anexo 2. Instrumentos de recolección de información.

### 7.2.1. Guía de entrevista actores institucionales de orden nacional

#### GUÍA DE ENTREVISTA ACTORES INSTITUCIONALES DE ORDEN NACIONAL

**Objetivo:** Indagar acerca de qué factores sociales y políticos pueden estar afectando la aparición del síndrome metabólico en la población escolarizada de algunos municipios de Cundinamarca-Colombia.

**Introducción:** La presencia del síndrome metabólico en la población escolarizada, amerita un análisis sobre los posibles factores sociales y políticos bajo la perspectiva de los actores involucrados en las políticas de promoción de la salud en el ámbito escolar. Esta información será útil en la comprensión del fenómeno y a futuro plantear posibles soluciones con la comunidad educativa, estudiantes, padres y sector salud.

#### Identificación del entrevistado

¿Cuál es su formación profesional?

¿Hace cuánto tiempo trabaja o trabajó en el departamento/municipio con temas de promoción y prevención en salud?

¿Podría contarme sobre sobre su experiencia en el ámbito escolar?

#### Introducción a ENT y SM

¿Podría mencionar aspectos que usted considere que facilitan el trabajo intersectorial en temas de seguridad alimentaria y nutricional y enfermedades crónicas?

¿Podría mencionar aspectos que usted considere que limiten o retos que impacten el trabajo intersectorial en temas de seguridad alimentaria y nutricional y enfermedades crónicas?

¿Qué sabe acerca del síndrome metabólico? (El entrevistador aclara el tema al entrevistado)

#### Factores sociales y políticos asociados al SM

Desde su perspectiva ¿Por qué cree que está apareciendo el SM en niños y adolescentes?

¿Quiénes estarían involucrados en que se presente SM o factores de riesgo asociados en los niños, niñas y adolescentes?

¿Qué responsabilidad cree que tiene el sector salud/educación frente a la situación?

¿Qué actores estarían llamados a participar de la atención de la población afectada por el SM?

¿Cómo cree que debe ser el abordaje?

¿Qué aspectos de política podrían estar incidiendo en la aparición del SM en los niños, niñas y adolescentes?

¿Qué política (s), programa (s), estrategia (S) cree que son las apropiadas para incluir el tema en el municipio/agenda pública?

¿Cree que debería existir una política solo para SM? ¿Por qué?

¿Considera usted que el tema de síndrome metabólico debe hacer parte de la agenda pública? /  
¿Cuál sería el mecanismo para incluir el SM en la agenda pública?

¿Qué sería necesario para que el tema de síndrome metabólico hiciera parte de la agenda pública?

#### **Reconocimiento del marco de política pública y su implementación de parte del actor**

¿Podría contarme si conoce desde su experiencia o cuenta como departamento/municipio / institución educativa/ actor con acciones, decretos, estrategias orientadas a prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y bajo qué lineamientos de política pública están enmarcados?

Desde su visión ¿De qué manera o mecanismos se incluye la población escolar en estas políticas?

¿Qué tan fácil o difícil considera usted que es implementar la política pública para prevención de ENT la población escolar?

¿Qué limita o facilita su ejecución?

¿Desde las acciones de SAN del municipio/departamento/institución como se ve involucrada la población escolar? ¿Qué alcance tiene?

## 7.2.2. Guía de entrevista actores departamentales y municipales

### GUÍA DE ENTREVISTA ACTORES DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES

**Objetivo:** Recolectar información de relevancia para dar cumplimiento al objetivo 2 (Determinar con los actores institucionales de las políticas municipales, factores sociales y políticos asociados al síndrome metabólico en población escolarizada en algunos municipios de Cundinamarca-Colombia) en el marco del proyecto “**Factores asociados al síndrome metabólico: el caso de la población escolarizada del departamento de Cundinamarca**”.

**Perfil del entrevistado:** secretario de salud o su delegado, nutricionistas, enfermeras o salubristas que se encuentren trabajando en el municipio en temas relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles o en temas de salud o seguridad alimentaria y nutricional orientados a población entre los 6 y 17 años escolarizada.

**Criterios de inclusión:**

- Trabajar o haber trabajado en el último año en temas relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles o en temas de salud o seguridad alimentaria y nutricional con escolares en el municipio.

**Guía de entrevista:**

1. ¿Cuál es su formación profesional?
2. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el departamento/municipio en temas de enfermedades crónicas/seguridad alimentaria y nutricional?
3. ¿Podría contarme sobre sus funciones?
4. ¿Podría contarme si cuentan como departamento/municipio con acciones, decretos, estrategias orientadas a prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y bajo qué lineamientos de política pública están enmarcados?
5. Desde su experiencia ¿De qué manera se incluye la población escolar en la política pública de enfermedades crónicas no transmisibles?
6. Desde su experiencia podría contarme ¿cuáles los aspectos positivos y las limitaciones del diseño e implementación de la política pública en enfermedades crónicas?
7. ¿Qué tan fácil o difícil considera usted que es implementar la política pública en la población de escolares? ¿Qué limita o facilita su ejecución?
8. Desde su experiencia ¿De qué manera se incluye la población escolar en la política pública de seguridad alimentaria y nutricional?
9. Desde su experiencia podría contarme ¿cuáles los aspectos positivos y las limitaciones y retos del diseño e implementación de la política pública en seguridad alimentaria y nutricional?
10. ¿Qué tan fácil o difícil considera usted que es implementar la política pública en la población de escolares? ¿Qué limita o facilita su ejecución?

1. Podría contarme si el municipio/departamento cuenta con algún tipo de insumo/estudio/sistema de vigilancia que pueda dar información sobre el estado nutricional de los escolares o la prevalencia de enfermedades crónicas en este grupo poblacional?
2. ¿Podría identificar avances, limitaciones o retos en la producción de información relacionada con factores de riesgo para enfermedades crónicas en población en edad escolar?
3. ¿Podría identificar avances, limitaciones o retos en la producción de información relacionada con el estado nutricional de los escolares?
4. ¿En su opinión considera que las acciones para promover la actividad física y la prevención del consumo de alcohol y tabaco son temas prioritarios en la agenda pública? ¿Por qué?
5. ¿Podría identificar avances, limitaciones o retos en la realización de acciones relacionadas con la promoción de la actividad física y la prevención del consumo de alcohol y tabaco?
6. ¿Qué acciones, planes, estrategias o estrategias se han existen en la gobernación/municipio para regular la oferta de alimentos en las tiendas escolares?
7. ¿Cuáles considera que son las principales limitaciones para regular la oferta de alimentos en tiendas escolares?
8. ¿Cómo caracterizaría la implementación del PAE en su departamento/municipio?
9. ¿Quiénes son los actores principales que implementan el PAE en su municipio?
10. Desde su experiencia ¿cómo caracterizaría el trabajo con los colegios del municipio en términos de acceso, cooperación, canales de comunicación?
11. ¿Cuáles considera que son los principales retos asociados a la implementación del PAE en su municipio?
12. ¿Si pudiera cambiar algo del diseño e implementación del PAE qué cambiaría?
13. ¿Desde su experiencia qué tanta aceptabilidad tiene las minutas inscritas en el PAE por parte de los beneficiarios?
14. ¿Cómo caracterizaría el trabajo intersectorial en el departamento/municipio?
15. ¿Podría mencionar aspectos que usted considere que facilitan el trabajo intersectorial en temas de seguridad alimentaria y nutricional y enfermedades crónicas?
16. ¿Podría mencionar aspectos que usted considere que limiten o retos que impacten el trabajo intersectorial en temas de seguridad alimentaria y nutricional y enfermedades crónicas?
17. Considera usted que el tema de síndrome metabólico debe hacer parte de la agenda pública del departamento/municipio?
18. ¿Qué sería necesario para que el tema de síndrome metabólico hiciera parte de la agenda pública del departamento/municipio?

### 7.2.3. Guía de entrevista rectores

#### GUÍA DE ENTREVISTA RECTORES

**Objetivo:** Recolectar información de relevancia para generar una línea base sobre la implementación de política pública relacionada con factores de riesgo para síndrome metabólico en el grupo de población entre los 6 y 18 años que se encuentran escolarizados en dos municipios de Cundinamarca. Esto con el fin de generar insumos para el diseño de una posible intervención orientada a la prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

**Perfil del entrevistado:** Rectores de colegios de los municipios seleccionados o docentes asignados por la rectoría para dar la entrevista.

**Criterios de inclusión:**

- Ser rector o docente de un colegio del municipio seleccionado.
- Haber estado en el cargo al menos en el último año.

**Guía de entrevista:**

1. ¿Podría contarme hace cuánto es rector del colegio?
2. ¿Tiene experiencias previas como rector de otros colegios en el municipio o departamento?
3. ¿Podría describir de manera general cuáles son las características socioeconómicas de las familias de los estudiantes que atienden el colegio?
4. ¿En este momento cómo caracterizaría la situación de salud de sus estudiantes? ¿Hay temas que le preocupen o que usted considere son prioritarios para el colegio?
5. ¿Qué piensa sobre la situación nutricional de sus estudiantes (desnutrición y exceso de peso)?
6. ¿Tienen ustedes como colegio algún lineamiento para hacer seguimiento a los estudiantes que puedan estar en riesgo de alguna enfermedad?
7. ¿Conoce usted los resultados del estudio que realizó el INS sobre síndrome metabólico? ¿De ser así qué piensa sobre los resultados? ¿Es este un tema de relevancia para el colegio? ¿Quiénes cree que sean los actores prioritarios si se pensara una estrategia para hacer frente a la prevalencia de factores de riesgo para síndrome metabólico?
8. ¿El colegio lleva a cabo actividades específicas relacionadas con actividad física?
9. ¿El colegio lleva a cabo actividades específicas relacionadas con la prevención de consumo de alcohol y tabaco?
10. ¿Podría identificar avances, limitaciones o retos en la realización de acciones relacionadas con la promoción de la actividad física y la prevención del consumo de alcohol y tabaco?



1. ¿Podría contarnos cómo funciona la tienda escolar del colegio? ¿Qué tipo de contratos tiene la tienda escolar con el colegio?
2. ¿Qué piensa usted sobre la oferta de alimentos en la tienda escolar? ¿Considera que hay una oferta de alimentos saludables?
3. (De responder no a la anterior pregunta) ¿Cuáles considera que son las principales limitaciones para regular la oferta de alimentos en tiendas escolares?
4. ¿Podría contarme sobre la manera como se está implementado el PAE en el colegio? ¿Quiénes son los actores principales para su implementación?
5. Desde su experiencia ¿cómo caracterizaría el trabajo con el sector salud y de educación en cuanto a los lineamientos del PAE?
6. ¿Cuáles considera que son los principales retos asociados a la implementación del PAE en su colegio?
7. ¿Si pudiera cambiar algo del diseño e implementación del PAE qué cambiaría?
8. ¿Desde su experiencia qué tanta aceptabilidad tienen las minutas inscritas en el PAE por parte de los estudiantes?
9. ¿Si usted tuviera la oportunidad de participar en el diseño de una intervención para promover hábitos saludables entre los estudiantes y prevenir factores de riesgo, qué cree que sería importante tener en cuenta? ¿Qué actores?
10. ¿Cómo caracterizaría el trabajo con los padres de familia de colegio?
11. ¿Si se realizaran actividades sobre hábitos alimentarios saludables, qué tanta disposición e interés cree que tendrían los padres de familia?
12. ¿Cuál considera que es la mejor manera de vincular a los padres de familia en estas actividades?

## 7.2.4. Guía de entrevista padres de familia

### GUÍA DE ENTREVISTA PADRES DE FAMILIA

**Objetivo:** Indagar acerca de qué factores sociales y políticos pueden estar afectando la aparición del síndrome metabólico en la población escolarizada de algunos municipios de Cundinamarca-Colombia.

**Introducción:** La presencia del síndrome metabólico en la población escolarizada, amerita un análisis sobre los posibles factores sociales y políticos bajo la perspectiva de los actores involucrados en las políticas de promoción de la salud en el ámbito escolar. Esta información será útil en la comprensión del fenómeno y a futuro plantear posibles soluciones con la comunidad educativa, estudiantes, padres y sector salud.

#### Identificación del entrevistado

1. ¿Edad, número de hijos y que edades tienen?
2. describa cómo es su barrio o el lugar donde vive, hay parques, hay polideportivos, es una granja o una finca, hay espacios verdes o no. Aspectos de seguridad.
3. ¿Están matriculados en el colegio ...?
4. ¿Cuál es su ocupación?
5. ¿Hace cuánto tiempo vive en el municipio?
6. ¿Podría contarme como es un día cotidiano en su familia?
7. ¿Quién cocina o prepara los alimentos?
8. ¿Cómo cree que es la alimentación de su familia? Buena, mala, regular... Que alimentos compra más, menos ¿Por qué?
9. ¿Qué come el niño, qué alimentos le gustan más? y ¿por qué?
10. ¿En la familia hay alguien enfermo? ¿Qué condición presenta? (Sobrepeso, obesidad, hipertensión)
11. ¿Cómo considera que es la salud de su hijo(a)? ¿Cada cuánto lo lleva al médico a control de crecimiento o desarrollo? ¿Le han indicado en algún momento que su hijo sufre o ha sufrido de bajo peso o de exceso de peso? ¿Le han hecho controles de azúcar en la sangre o le han medido el colesterol?
12. ¿En el colegio le han enseñado algún tema de salud? ¿Cuál?, ¿se acuerda de otro?
13. ¿cómo cree usted que se ve un niño sano, cómo se identifica?
14. ¿Su hijo recibe el beneficio de alimentación escolar? ¿Qué le parece este servicio? ¿Es completo, cree que le falta algo? ¿Qué tipo de alimentos le dan? ¿Considera que son saludables?
15. ¿Su hijo(a) Hace actividad física en el colegio o en sus tiempos libres? ¿A qué se dedica en sus tiempos libres?
16. ¿Usted puede acompañar a su hijo en actividades fuera del colegio, como escuelas deportivas, danzas, talleres?
17. ¿Si usted pudiera dar una recomendación a la alcaldía o al colegio sobre cómo abordar la salud de su familia, que les diría?
18. ¿alguna vez le han preguntado desde la alcaldía o colegio sugerencias para la atención de su familia en algún programa? ¿Cuál? ¿Qué recomendó?

### 7.3. Anexo 3. Consentimiento informado

#### FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME METABÓLICO: EL CASO DE LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

##### **INFORMACION PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Cordial saludo, de parte de la Universidad Jorge Tadeo Lozano y el Instituto Nacional de Salud, queremos invitarlo(a) a participar en el proyecto “factores asociados al síndrome metabólico: el caso de la población escolarizada del departamento de Cundinamarca”, el cual tiene como objetivo Indagar acerca de qué factores sociales y políticos pueden estar afectando la aparición del síndrome metabólico en la población escolarizada de algunos municipios de Cundinamarca-Colombia. Considerando que el Instituto Nacional de Salud en 2018 identificó la presencia de síndrome metabólico en niños y niñas escolarizados entre los 5 y 17 años.

Este escenario plantea la necesidad de visibilizar el síndrome metabólico como factor de riesgo grave para ECNT que debe ser tenido en cuenta por los actores territoriales de estos municipios, este trabajo de grado busca ampliar la perspectiva para la intervención de esta situación partiendo de la comprensión y análisis de los factores sociales y políticos que pueden estar afectando la aparición del síndrome metabólico en la población escolarizada de Cundinamarca-Colombia.

##### **¿Qué queremos hacer?**

El investigador está interesado en recolectar información cualitativa mediante una entrevista semiestructurada con el fin de explorar con diferentes actores institucionales o con injerencia en las políticas públicas municipales, departamentales o nacionales factores sociales y políticos asociados al síndrome metabólico en población escolarizada de Cundinamarca-Colombia.

##### **¿En qué consiste su participación?**

Si usted desea participar, el investigador le realizará una entrevista semiestructurada con la que pretende contar con su visión o experiencia acerca del problema de investigación para la comprensión de la aparición del síndrome metabólico en la población escolarizada.

##### **Riesgos de su participación en el estudio**

Las entrevistas semiestructuradas o a profundidad no representan riesgo alguno para la salud o integridad física del participante.

##### **Beneficios de su participación en el estudio**

Usted no incurrirá en gastos por concepto de la entrevista y la información que usted nos brinda aportará en la comprensión del fenómeno a estudiar.

##### **Derechos como participante en el estudio**

Su participación es completamente libre y voluntaria, aún si usted acepta, puede retirarse voluntariamente de la entrevista en cualquier momento. Toda la información recolectada será guardada en forma confidencial y anónima. Sólo el personal a cargo del estudio tendrá acceso a la información para ser analizada y dar cumplimiento al objetivo.

##### **Personas que pueden darle información adicional**

Si usted ahora o en cualquier otro momento desea hacer una consulta sobre el estudio puede contactar a las siguientes personas:

- Fredy Guillermo Rodríguez. Universidad Jorge Tadeo Lozano Teléfono: 2427030 Ext. 3686. Bogotá, D.C. Cel: 3153340468
- Yibby Forero Tórres. Instituto Nacional de Salud. Teléfono: 2207700 Ext. 1222. Bogotá, D.C.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME METABÓLICO: EL CASO DE LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

**Si usted autoriza la participación en este estudio, por favor complete los siguientes datos:**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con CC:  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, autorizo mi participación en el estudio “factores asociados al síndrome metabólico: el caso de la población escolarizada del departamento de Cundinamarca” para que se realice la entrevista semiestructurada o a profundidad, así como un registro magnetofónico de la entrevista.

De esta manera declaro que he leído y me han explicado detalladamente la información del consentimiento informado y que he comprendido los objetivos, los procedimientos y demás aspectos relacionados con éste y que tuve la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas.

Declaro que la participación en este estudio es voluntaria, que colaboraré en lo que pueda, que podré retirarme en el momento en que lo desee y que la información suministrada será cierta, la cual será analizada para los fines del estudio de forma confidencial.

En constancia, firmo a continuación:

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre completo del profesional que obtuvo el consentimiento: \_\_\_\_\_

Firma del profesional que obtuvo el consentimiento: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_

Fecha: Día (\_\_\_\_) Mes (\_\_\_\_) Año (\_\_\_\_)

## 7.4. Anexo 4. Aprobación del comité de ética



Bogotá, D.C., 30 de abril de 2020

Estudiante

Jenny Alexandra Hernández Montoya  
Maestría en Gestión y Políticas de Salud  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas  
Ciudad

Estimada Estudiante

El Comité Institucional de Ética de la Fundación Universidad Jorge Jadeo Lozano, en reunión realizada el día 30 de April de 2020 (Acta No 1-2020), evaluó los aspectos éticos del proyecto de Investigación "FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME METABÓLICO: EL CASO DE LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA", presentado por usted.

El proyecto tiene como objetivo: "Indagar acerca de qué factores sociales y políticos pueden estar afectando la aparición del síndrome metabólico en la población escolarizada de algunos municipios de Cundinamarca-Colombia "

El Comité Institucional de Ética de la Universidad considera que el proyecto presentado se cñe a los parámetros éticos para este tipo de ejercicios y se ajusta a las normas científicas y técnicas.

Leonardo Pineda S  
Presidente Comité Institucional de Ética

Andrea Villada A.  
Secretaria Comité Institucional de Ética