

**DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN  
PROGRAMA EN SALUD PÚBLICA. ESTUDIO DE CASO DEL PROGRAMA COMUNITARIO  
“TU VALES” EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN  
BOGOTÁ, COLOMBIA 2003-2012.**

**MARÍA FERNANDA VALBUENA HERNÁNDEZ  
CARLOS ANDRÉS BENITO SERRANO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
Posgrados en Administración es Salud  
Maestría en Salud pública  
Bogotá, D.C. 2015**

**DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN  
PROGRAMA EN SALUD PÚBLICA. ESTUDIO DE CASO DEL PROGRAMA COMUNITARIO  
“TU VALES” EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN  
BOGOTÁ, COLOMBIA 2003-2012.**

**MARÍA FERNANDA VALBUENA HERNÁNDEZ  
CARLOS ANDRÉS BENITO SERRANO**

**Asesora:  
Dra. GLADYS ESPINOSA GARCÍA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
Posgrados en Administración es Salud  
Maestría en Salud pública  
Bogotá, D.C. 2015**

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios, quien nos acompañó, guió y nos dio la fuerza y nos bendice a diario con salud, amor y sabiduría*

*A nuestras familias, por ser nuestro acompañamiento y apoyo incondicional para poder alcanzar nuestras metas*

*Nuestros más sinceros agradecimientos a la Pontificia Universidad Javeriana, al cuerpo administrativo, al cuerpo docente del programa, pero en especial a la dirección y coordinación académica y administrativa del programa a cargo del Doctor Francisco Yepes, el Doctor Andrés Cubillos y el Doctor Nelson Ardón, quienes nos brindaron un apoyo excepcional sumado al conocimiento que nos brindaron*

*A nuestra asesora de Trabajo de Grado, Doctora Gladys Espinosa García, quien con paciencia, dedicación, sabiduría y amor de madre nos acompañó y nos brindó todo su conocimiento para seguir creciendo en nuestro quehacer*

**A los y las participantes funcionarios, funcionarias, profesionales y trabajadoras incansables de la Salud Pública en Bogotá** que apoyaron en este estudio, que son ejemplo de dedicación y que gracias a ellos hoy en día se hace salud no solo en las instituciones de atención sino en las casas, en las calles, en colegios y jardines, en grupos comunitarios demás ámbitos de vida cotidiana de la población

## RESUMEN

Estudio de caso único intrínseco y descriptivo con el fin de aportar a la comprensión de los factores de la gestión en salud pública que están relacionados al diseño e implementación a gran escala sostenible de un programa en Salud Pública denominado “Tu Vales”, desde la experiencia de los actores que participaron en él durante el periodo 2003 a 2012. Para la recolección de la información, la técnica principal fue la revisión documental de fuentes secundarias como informes de gestión y bitácoras; la técnica de apoyo fue entrevista semi-estructurada dirigida a funcionarios y profesionales de las instituciones encargadas del diseño e implementación del programa.

“Tu Vales” se origina de una decisión política que pretendió afectar las condiciones crónicas en Bogotá. El Programa promocionó las prácticas de consumo de frutas y verduras, actividad física y espacios libres de humo desde el modelo de Acciones basadas en comunidad con enfoque promocional de calidad de vida. Se evidenció que los factores que dificultaron la sostenibilidad en el tiempo de Tu Vales principalmente fueron de orden institucional y financiero, en los que el entorno político desfavorable por el cambio de gobierno distrital, generó desinterés y falta de voluntad política, lo que llevó a la falta de posicionamiento y defensa del programa en el marco de una reestructuración organizacional y operativa durante las transiciones de planes de desarrollo y en consecuencia a la falta de financiamiento que finalmente llevó a la decisión de terminar la implementación del programa.

Dichas decisiones no se soportaron bajo argumentos técnicos de acuerdo a las recomendaciones de la OPS/OMS 2011 frente a Salud Pública Basada en la Evidencia, sino que su terminación se vio influenciada por los cambios de enfoque y de intervención poblacional relacionados al ejercicio del poder y al cumplimiento de los objetivos políticos de aumento de cobertura y de atención médica en salud establecidos en el Plan de Desarrollo de turno.

## ABSTRACT

Single case study intrinsic and descriptive in order to contribute to the understanding of the factors of management in public health that are related to the design and implementation of large sustainable scale program in public health called "Tu Vales", from experience actors who participated in it during the period 2003 to 2012. For the collection of information, the main technique was the document review of secondary sources such as management reports and logs; technical support was semi-structured interview for officials and professionals from the institutions responsible for designing and implementing the program.

"Tu Vales" originates from a political decision which aimed to affect chronic conditions in Bogotá. The program promoted the practices of consumption of fruits and vegetables, physical activity and smoke-free spaces from the model of community-based actions with promotional approach to quality of life. It was evident that the factors that hindered the sustainability over time of "Tu Vales" mainly were institutional and financial order, where the unfavorable political environment for change of district government, led disinterest and lack of political will, which led the lack of positioning and defense program as part of an organizational and operational restructuring during transitions from development plans and consequently the lack of funding that eventually led to the decision to end the program implementation.

Such decisions are not endured under technical arguments according to the recommendations of the PAHO / WHO 2011 Public Health Evidence-Based but its completion was influenced by changes in population intervention approach and related governance and the compliance with the policy objectives of increased health care coverage and health plan set out in the government of the day.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	10
1. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....	13
1.1. El proceso de las políticas públicas y su implementación a través de planes y programas para la salud .....	13
1.2. Formulación y legitimación de las soluciones .....	14
1.3. Implementación de programas como implementación de acciones de política .....	16
1.4. Sostenibilidad de proyectos y programas .....	21
1.5. Gestión en Salud Pública .....	22
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	30
2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	31
2.2. JUSTIFICACIÓN .....	31
3. PROPÓSITO .....	35
4. OBJETIVOS .....	36
4.1. OBJETIVO GENERAL .....	36
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	36
5. METODOLOGÍA .....	37
5.1. TIPO DE ESTUDIO .....	38
5.2. PARTICIPANTES .....	41
5.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	42
5.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	43
5.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	51
5.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	52
5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	53
6. RESULTADOS .....	55
6.1. CATEGORÍA: DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA TÚ VALES .....	55
6.2. GESTIÓN PARA EL DISEÑO DE TÚ VALES .....	92
6.3. CATEGORÍA: IMPLEMENTACIÓN A GRAN ESCALA DEL PROGRAMA TÚ VALES .....	100
6.4. GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN A GRAN ESCALA DE TÚ VALES .....	133
7. DISCUSIÓN .....	146
7.1. La gestión de Salud Pública en el diseño e implementación de Tú Vales .....	146
7.2. Condiciones para la formulación del programa Tú Vales .....	147
7.3. Factores que influyeron en el mantenimiento y la terminación de Tú Vales .....	148
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	153
LISTA DE REFERENCIAS .....	157
ANEXOS .....	160
Anexo 1. Consentimiento Informado .....	160

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Guía de preguntas orientadoras entrevistas sobre la Gestión del programa Tú Vales....	45
Tabla 2. Contenidos de las Sesiones entregadas a las Cuidadoras, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007.....	88
Tabla 3. Contenido por componente y sesión, Lineamiento técnico Promoción de Patrones de Consumo de Frutas y verduras, actividad física y Espacios libres de humo con metodología de ABC. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, 2007-2008.....	110

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representación gráfica de la relación entre los niveles y campos de la gestión en salud pública para el análisis de la gestión del caso de Tu Vales. Bogotá, 2003-2012.....	29
Figura 2 Ficha de recolección de la información para la Técnica de Revisión Documental.....	44
Figura 3. Ficha de consolidación de la información con la Técnica de Revisión documental. ....	45
Figura 4. Matriz de Sistematización entrevista semiestructurada.....	45
Figura 5. Matriz de Codificación y Categorización de la información obtenida.....	50
Figura 5. Modelo comunitario para promover el consumo de frutas y verduras, actividad física y espacios libres de humo en la comunidad entre cuidadores de hogar, Bogotá, Colombia, 2003.....	62
Figura 6. Modelo de Carátula De Folder, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007.....	65
Figura 7. Ejemplo De Separador al interior del Folder, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007.....	66
Figura 8. Ejemplo de Ficha De Recordación En Casa, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007.....	67
Figura 9. Ejemplo de Ficha De Tareas En Casa, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007.....	67
Figura 10. Anexo 2 Ficha de registro, Lineamiento técnico Promoción de Patrones de Consumo de Frutas y verduras, actividad física y Espacios libres de humo con metodología de ABC. Bogotá, 2007-2008.....	108
Figura 11. Representación gráfica de la cadena de entrega durante la implementación a gran escala, Programa Tu Vales. Bogotá, 2007-2011.....	118
Figura 12. Cobertura total Programa Tu Vales por Año. Bogotá, 2007-2010.....	130
Figura 13. Cobertura directa e indirecta Programa Tu Vales por año. Bogotá, 2007-2010 .....	131

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, el cáncer, algunas respiratorias y mentales, han sido objetivos de política en salud debido al aumento de su incidencia y su prevalencia en diferentes regiones del mundo (OMS; 2015). En países de Latinoamérica como Colombia, se ha demostrado aumento de la incidencia de estas enfermedades, y por tanto, co-existencia en el perfil epidemiológico de dichas enfermedades no transmisibles con enfermedades infecciosas (OPS/OMS, 2007). Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son un problema nacional e internacional de salud pública que afecta a la mayoría de naciones y tiene un impacto muy importante sobre las poblaciones en situación de vulnerabilidad económica y social (OMS; 2015). Actualmente son la principal causa de morbilidad del país, donde las definen como prioritarias (Robledo Martínez, 2010).

Para el año 2006, la enfermedad cardiovascular fue la primera causa de mortalidad en Colombia, por encima de las defunciones provocadas por los homicidios. De acuerdo a las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2009 estas cinco causas de mortalidad en Colombia siguen predominando en el país en su respectivo orden: Enfermedad isquémica del corazón (28.650 casos), agresiones u homicidios (16.913 casos), enfermedad cerebro vascular (14.555 casos), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (11.479 casos) y diabetes mellitus (7.320 casos). En Colombia, como en otros países de América Latina, estas condiciones crónicas se relacionan con algunas condiciones prevalentes o factores de riesgo como la situación nutricional y la actividad física (Robledo Martínez, 2010).

Según el documento de Análisis de Situación de Salud en Colombia 2002-2007 se identificó que la tasa de mortalidad en Bogotá por enfermedades cardiovasculares se incrementa a razón de 219 defunciones por año (Ministerio de Protección Social, 2010). La carga de la enfermedad cardiovascular, y en particular la relacionada con las afecciones coronarias, se evidencian también un incremento en el número de defunciones: por ejemplo para el año de 1980 se registraban en Colombia alrededor de 8000 muertes al año por enfermedad isquémica del corazón, 25 años después este número asciende a 25.000, el triple del valor previo; estas se encuentran entre 28 y 55 casos por 100 mil habitantes (Ministerio de Protección Social, 2010).

En Bogotá, la inseguridad alimentaria en el hogar, medida a través de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria – ELCSA implementada en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional – ENSIN determinó que para el 2005 fue de 31,1% y en el 2010 disminuyó al 27,8% (ENSIN, 2010).

En los reportes epidemiológicos de Bogotá de 2004 de Gómez y cols. (2004, 2005), el bajo consumo de frutas y verduras, el consumo de tabaco y la inactividad física eran un creciente problema de salud pública. Estos estudios, sobre actividad física y factores de riesgo para enfermedades crónicas en adultos jóvenes y por sexo en Bogotá, mencionaron que las mujeres de Bogotá son menos activas físicamente, los hombres consumen más cigarrillo, y aunque las mujeres están más expuestas que los hombres a presentar más factores de riesgo, no se puede ignorar que ambos sexos presentan un grado de exposición o de riesgo a las enfermedades crónicas. (Gómez y col. 2005).

Los “Lineamientos de Política en Prevención de Enfermedades Crónicas” de Secretaria de Salud de Bogotá de 2002 en coherencia con el contenido del Plan de Desarrollo y la Política Social del Gobierno de Bogotá en el año 2000, propusieron la implementación de acciones de promoción de la participación para el cuidado de la salud bajo la orientación de intervenciones basadas en la evidencia que den respuestas integrales a los problemas de salud referidos.

Como parte del estudio de alternativas de solución a los problemas planteados en la política mencionada, y en coherencia con una iniciativa internacional para el control de las enfermedades crónicas denominada Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles - CARMEN, se diseñaron diferentes programas. El Programa Tú Vales se diseñó como una de las posibles respuestas que surgían en un contexto socio-político y económico específico de Bogotá. Tú Vales fue una iniciativa de acciones basadas en comunidad pionera.

Este programa tuvo durante su diseño una evaluación ex-ante de efectividad y costo-resultado con la cual se validó su accionar frente a la promoción de la actividad física y la alimentación adecuada y espacios libres de humo del cigarrillo previo a su fase de implementación masiva en las localidades de Bogotá en el año 2006.

El programa fue incluido en el Plan de Atención Básica PAB luego denominado Plan de Intervenciones Colectivas PIC del Distrito Capital acogiéndose al marco normativo de la implementación de políticas de

salud a través de los Planes Territoriales de Salud, y se implementó hasta el año 2012 bajo el enfoque de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, que la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Bogotá había definido como marco para el desarrollo de sus acciones.

Programas como Tú Vales, que desde su diseño e implementación materializan políticas públicas vigentes, que promueven el empoderamiento y la participación en la toma de decisiones sobre la propia salud a través de prácticas cotidianas saludables, son de vital importancia para que las poblaciones vulnerables y expuestas a factores de riesgo, ejerzan mayor control sobre su salud<sup>1</sup>.

Sin embargo, dichas acciones con cierto nivel de rigurosidad conceptual y metodológica basadas en la evidencia, no han sido sostenidas aparentemente por la influencia de diferentes factores que giran alrededor de las transiciones político-administrativas. Es por esto que el presente estudio propone documentar la descripción del diseño en sus dos fases, su implementación a gran escala y la gestión realizada alrededor de dichas etapas en el ciclo del programa Tú Vales, de manera que se pueda concluir con algunas de las razones por las cuales se determinó el final del programa.

---

<sup>1</sup> Lucumí, D.; Sarmiento, O.; Espinosa, G. "Community Intervention to Promote Consumption of Fruits and Vegetables, Smoke free Homes, and Physical Activity Among Home Caregivers in Bogotá, Colombia". En: Public Health research, practice and policy. Vol. 3, número 4.

## 1. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 1.1. El proceso de las políticas públicas y su implementación a través de planes y programas para la salud

Al describir el proceso de políticas públicas desde las teorías existentes, el modelo de ciclo de las políticas públicas, desde un enfoque racional, ha sido el más influyente y comprehensivo. (Ordóñez-Matamoros y col., 2013)

Este modelo se le cataloga como una herramienta útil para la investigación y una excelente puerta para el análisis de políticas públicas y en general de cada una de sus fases, y aunque brinda una mirada limitada de la realidad y de la complejidad del proceso de las políticas (Ordóñez-Matamoros y col., 2013). Dichas fases se asimilan con las de diseño, implementación y evaluación de los programas en salud que se formulan como instrumentos de materialización de las políticas públicas.

De hecho, los programas como Tú Vales pueden ser alternativas de solución dentro de la fase de diseño y formulación de la política pública, adicionalmente, estas acciones de política también tienen una fase de formulación, de implementación y de evaluación que tienen particularidades diferentes a las del proceso de política.

El programa Tú Vales surge como una de varias alternativas de solución al problema del aumento en la prevalencia de sedentarismo, del consumo de tabaco en Bogotá y el bajo consumo de frutas y verduras, identificado por Gómez y col. (2004). Fue uno de varios instrumentos que se propusieron para implementar los lineamientos de Política de Prevención de Enfermedades Crónicas de Bogotá, y en este sentido se considera importante retomar las definiciones de cada fase en el proceso de la Política para ubicar el programa en dicho marco, y delimitar las definiciones de estas fases en el ciclo de los programas.

## **1.2. Formulación y legitimación de las soluciones**

La formulación de una política está encaminada a proponer la posible solución de problemas que afectan a la población y se da en dos momentos: la formulación de soluciones y la legitimación de dichas soluciones (Ordóñez-Matamoros y col., 2013).

Se inicia al reconocer la existencia de un problema, el cual se ha incluido en una agenda pública a través de diferentes mecanismos como por ejemplo el debate público, las lecturas de necesidades compartidas, los diagnósticos situacionales, entre otros. Luego de ello se incluye en la agenda institucional para ser resuelto (Ordóñez-Matamoros y col., 2013).

A partir del debate público, se sugieren alternativas de solución que compiten entre sí y de ello surge una solución que predomina entre las demás; dicha solución después de diversos momentos de análisis, de argumentación y contra-argumentación, y mediante actos administrativos, rituales ó una firma, se le da la fuerza para convertirla en voluntad o acuerdo para poderse expresar mediante acciones concretas, normas, símbolos y/o bienes/servicios materializables (Ordóñez-Matamoros y col., 2013).

En este sentido, dentro de la elección de alternativas de solución, se diseñan los programas con acciones que materializarán los objetivos de la política; este proceso de formulación también incluye la planeación, definición de objetivos y metas que se pretenden lograr, así como los medios para alcanzar dichos logros y los mecanismos para monitorear y evaluar el avance, los resultados e impacto de dichas intervenciones (FNNSP-UDEA; Molina y col., 2008)

Para la identificación de la mejor solución se utilizan diferentes mecanismos, entre ellos se desarrollan estudios para evaluar la efectividad, los beneficios y los costos. La evaluación es entendida como “el valor o la significación de una actividad, política o programa... se trata de una apreciación, tan sistemática y objetiva como sea posible, de una intervención planeada, en curso o concluida”. (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, 2002)

La **Evaluación Ex – Ante**, según Cohen y col. (2002), se realiza antes de la inversión y la operación masiva con el fin de estimar tanto los costos como el impacto ó beneficio<sup>2</sup>, sin embargo, según lo mencionado por Valdés (2007), este tipo de evaluación tiene como fin establecer los criterios que permitan tomar decisiones de manera racional respecto a determinar la viabilidad, la jerarquía y la conveniencia de la implementación de una política, plan y proyecto ó programa.

Valdés (2007) refiere que Cohen entre otros, han definido que la evaluación costo-beneficio y/o costo-efectividad como la más útil<sup>3</sup>. Este tipo de evaluación es utilizado para el ajuste al diseño como para definir de acuerdo a sus resultados, las mejores alternativas de solución.

Para el presente estudio, la formulación de programas en salud pública es una etapa dentro del ciclo de políticas en salud, y así mismo es una fase del ciclo del programa de salud en sí mismo, en la cual se estudian y/o construyen un grupo de intervenciones que pertenecen a una o varias alternativas de solución.

Dicha etapa se compone de tres momentos:

- La revisión sistemática de experiencias externas ya existentes.
- La construcción y/o adaptación de la experiencia a un programa de salud.
- La validación del programa de salud en un contexto vigente mediante un seguimiento continuo y una evaluación ex ante.

Para la descripción de la formulación y diseño del programa Tú Vales se pretende retomar algunos elementos utilizados en las evaluaciones ejecutivas de programas recomendadas por las Guías para la Evaluación de Políticas Públicas de SINERGIA (Dirección Nacional de Planeación - DNP, 2012). Dichos elementos para la descripción del diseño y su evaluación Ex Ante son:

---

<sup>2</sup> COHEN, Ernesto; Martínez Rodrigo. Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales [en línea]. 2002, [fecha de consulta: 16 Marzo 2013]. Disponible en: [http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual\\_dds\\_200408.pdf](http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual_dds_200408.pdf)

<sup>3</sup> VALDEZ, Marcos. Evaluación de proyectos sociales. Definiciones y tipologías [en línea]. 2007, [fecha de consulta: 16 de febrero de 2012]. Disponible en: [http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/evaluacion\\_proyectos\\_sociales2.pdf](http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/evaluacion_proyectos_sociales2.pdf).

- **Una Justificación**, que argumente la razón por la cual se crea el programa. Dicha justificación se puede relacionar con el apoyo político y/o social con el cual cuenta el programa
- **Un contexto político**, donde se delimita el accionar del programa ya sea porque responde a una política sectorial ó institucional, pero también porque se desarrolla en un entorno favorable o desfavorable que de momento influye en dicha implementación
- **Una teoría sólida**, con la cual se busca el cambio de comportamiento de la población sujeto de intervención
- **Objetivos**, que el programa pretende alcanzar mediante acciones que en el marco de la teoría buscan solucionar un problema ó una parte del mismo
- **Población sujeto de intervención**, quienes participan en las acciones y reciben el bien ó servicio prestado. También pudieron haber participado en el diseño desde la manifestación de sus problemas y necesidades como también en la formulación de las acciones del programa.
- **Una cadena de valor/resultados**, entendida como operaciones necesarias para llevar el programa a la práctica. La cadena de valor se compone de la descripción de insumos (recursos físicos, recursos materiales y talento humano), procesos, productos, resultados e impactos que en secuencia lógica demuestra la transformación de las entradas (inputs) en salidas (outputs).

Para este estudio del programa Tú Vales no se incluirá la descripción del impacto debido a que, para el alcance de esta investigación no se realizó la comparación de líneas de base ni de cambios a largo plazo generados por el programa sobre la morbilidad por condiciones crónicas y en la calidad de vida de la población beneficiaria.

### **1.3. Implementación de programas como implementación de acciones de política**

Ordóñez-Matamoros y col. (2013) citan a Mény y Thoening, quienes definen la implementación como “la fase... durante la cual se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos o discursos”; también refieren que durante dicha fase, intervienen factores como el tamaño del grupo

sujeto de la acción, el número de problemas que se pretenden solucionar, actores y agentes que intervienen durante la fase, entre otras.

Por estas razones, Ordóñez-Matamoros y col. (2013) refieren que la implementación de una política pública, siempre está expuesta a complicaciones y problemas, de hecho, parte de la solución a estos problemas durante esta fase son los distintos modelos para implementarla como también reducir las brechas entre la teoría, el discurso y la realidad para lograr una implementación exitosa.

Roth (2002) señala que con el ideal de una administración imparcial, impersonal y neutral, las fallas técnicas y teóricas serían resueltas, pero la realidad es que la misma administración pública es influenciada por diversos actores, intereses, ideologías, que finalmente distorsionan la realidad y hacen de la “implementación perfecta inalcanzable”, es decir que la implementación como tal tiene su propia dimensión política (Roth, 2002).

Lo anterior no descarta una posible relación en la cual la dimensión política de la implementación de una política, influencia en la dimensión administrativa profundizando las fallas y/o limitando la implementación de los programas en el marco de acciones de política.

La fase de implementación de los programas como acciones de política, tiene procesos de evaluación intermedia o de proceso, a la cual Ballart (1992) define como la valoración sistemática y periódica de la cobertura del programa y la forma en que el programa se administra, tanto desde la utilización de recursos que dispone, como de los servicios finalmente distribuidos.

Respecto al examen de los inputs y actividades que componen a un programa, Ballart (1992) define que los inputs contemplan los objetivos, la duración prevista, el área geográfica, los recursos personales y financieros, los métodos utilizados, y las personas beneficiadas que participaron del programa.

Ballart (1992) define que varios componentes que se estudian durante la evaluación intermedia, además de los inputs:

- Factores que pueden tener una incidencia directa sobre los resultados de un programa, entre ellos las calificaciones y experiencia del personal, la forma en que se establece la interacción entre profesionales y participantes, y la calidad de los recursos materiales utilizados.

- Hasta qué punto el programa está alcanzando la población o el área a los que se dirige, en tanto se mide en Grado de Cobertura; Sesgo en la Población Servida entendido como el grado en que distintos subgrupos de la población-objetivo participan diferentemente en las actividades del programa; Abandonos es un indicador importante ya que puede dar una idea tanto de la insatisfacción con el programa como de los problemas con los que se puede encontrar una parte de la población a la hora de participar.
- Identificar en qué medida la organización del programa y su contenido responden a su diseño inicial, definido por Problemas de Información respecto a los objetivos, propósito, duración y compromisos que se generan para la ejecución del programa; Problemas de Tiempo relacionado con la falta de capacidad de respuesta y la complejidad excesiva del procedimiento; Problemas de Desplazamiento.

Ballart destaca que los resultados de dicha evaluación pueden interesar a quienes pueden tomar acciones de tipo correctivo en relación con problemas de gestión como también puede interesar a aquellos que deciden sobre su continuidad y su financiación y tienen un interés evidente en conocer los problemas que existen con su puesta en práctica, independientemente de los resultados finales.

Cohen y col. (2002) definen la evaluación de implementación como monitoreo, “un examen continuo o periódico” el cual se relaciona con la gestión administrativa. El monitoreo se realiza con el objetivo de hacer seguimiento al progreso de las actividades que se han programado, medir los resultados en términos de la gestión, y la optimización de los procesos, a través del éxito y el fracaso detectado al comparar lo realizado con lo programado, con un estándar y/u otros programas o proyectos<sup>4</sup>.

De igual manera, Cohen y cols (2002). mencionan que la gestión se mide a partir del reconocimiento de los insumos, actividades, procesos y productos, cuyos principales indicadores se relacionan con el tiempo, la cantidad, la calidad y el costo que tiene cada uno.

---

<sup>4</sup> COHEN, Ernesto; Martínez Rodrigo. Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales [en línea]. 2002, [fecha de consulta: 16 Marzo 2013]. Disponible en: [http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual\\_dds\\_200408.pdf](http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual_dds_200408.pdf)

A diferencia de la Evaluación ex ante o ex post, el monitoreo se preocupa del análisis de los distintos componentes de la gestión al interior; su análisis parte de elementos como:

- **La eficacia**, en términos de capacidad de replicación de los resultados obtenidos en la evaluación Ex Ante durante la implementación del programa, para el caso del programa Tú Vales, analizar la eficacia se realiza a partir de los siguientes actores y elementos que permiten la replicación de los procesos y por tanto de su efecto durante la implementación: Talento Humano competente, garantía de insumos/materiales con calidad, y la correcta población sujeto de intervención.
- **La eficiencia**, es entendida como la medida en la cual los recursos ó insumos se convierten en los resultados. Para el caso de Tú Vales, se analizará la eficiencia en términos del nivel de cobertura directa y beneficiarios indirectos referido en los informes de gestión, dificultades para el sostenimiento de la cobertura en términos de adherencia y los resultados obtenidos durante la implementación del programa en términos de la percepción de mejora y satisfacción.

Valdés (2007) refiere que este tipo de evaluación revisa la implementación o progreso de un programa o proyecto, enfatizando en los procesos y factores que facilitan o dificultan el desarrollo y funcionamiento del proyecto o programa.

Algunos elementos que Roth (2002) retoma desde el enfoque de la Gestión Pública para una implementación efectiva, se resumen en cinco condiciones que formulan Sabatier y Mazmanian (1979), para evaluar el “grado de implementabilidad” de distintas alternativas y brindar pistas frente a cómo estructurar el proceso de implementación y maximizar las probabilidades de alcanzar los objetivos propuestos por la política, el plan y/o programa.

Dichas condiciones son (Roth, 2002):

- A. El programa se debe fundamentar en una teoría sólida del cambio de comportamiento del público.
- B. Debe contener directrices de actuación no ambiguas y estructurar el proceso de implementación de forma tal que maximice la probabilidad de que los destinatarios se comporten de acuerdo a lo previsto.
- C. Tener responsables capacitados y comprometidos.
- D. Tener apoyo político y social.

E. Desarrollarse en un entorno favorable.

Roth (2002) menciona que la implementación de una política, puede evaluarse y con ello identificar fallas desde la teoría y la técnica hasta la gestión y la gerencia.

Para este estudio, la fase de implementación de un programa de salud es donde el discurso, la teoría y las intenciones se materializan en hechos y acciones que bajo ciertas condiciones y elementos, permitirá obtener unos resultados que en la medida de lo posible son coherentes con el objetivo y propósito formulados durante su diseño. En coherencia con lo anterior, según las Guías de evaluación de Políticas Públicas de SINERGIA (DNP, 2012), los elementos que se definieron para la descripción de la Implementación a Gran Escala de Tú Vales son:

**La cadena de entrega**, entendida como una representación de las relaciones entre los actores, instituciones y procesos. Esta representación se describe a partir de dichos componentes de la gestión interna:

- i. **La eficacia**, en términos de capacidad de replicación de los resultados obtenidos implementación del programa durante la evaluación Ex Ante; para el caso del programa Tú Vales, se analizó la eficacia a partir de los siguientes actores y elementos que permiten la replicación de los procesos y por tanto su efecto durante la implementación: Talento Humano competente, garantía de insumos/materiales de calidad, la correcta población sujeto de intervención y resultados obtenidos durante la implementación del programa en términos de la percepción de mejora y satisfacción.

El Talento humano competente hace referencia a las acciones, estrategias y tiempo de dedicación de los profesionales y técnicos en fortalecer sus capacidades, conocimientos, prácticas en coherencia con las particularidades que exige la implementación del programa. En este sentido, se debe retomar los criterios establecidos para el talento humano para el desarrollo de la intervención en comparación con los establecidos durante el diseño del programa.

La garantía de insumos/materiales de calidad, hace referencia a los materiales pertinentes y de calidad necesarios para el desarrollo e implementación de la intervención acuerdo a lo establecido en el diseño del programa validado por la Secretaria de Salud de Bogotá – SDS.

El sesgo de población servida hace referencia al grado en que distintos subgrupos de la población participante participan diferentemente en las actividades del programa (Ballart, 1992). El sesgo de población servida puede ser por 3 causas: a) participación voluntaria; b) favorecer la participación de aquellas personas dado el interés de hacerlo funcionar y obtener resultados positivos; c) problemas de acceso ó transporte de las personas para llegar al lugar donde se desarrolla el programa (Ballart, 1992)

**ii. La eficiencia**, entendida como la medida en la cual los recursos ó insumos se convierten en los resultados, para el caso de Tú Vales, se analizó la eficiencia en términos de: Nivel de cobertura directa y beneficiarios indirectos y las dificultades para el sostenimiento de la cobertura en términos de causas de adherencia.

#### **1.4. Sostenibilidad de proyectos y programas**

Mokate y col. (2001), realizaron una revisión sobre la sostenibilidad en políticas y programas, y a través de su reflexión identificó que la sostenibilidad de los programas o proyectos es un conjunto de condiciones que permiten ó garantizan que perduren en el tiempo. Dichos factores, según el Banco Mundial (1996) son analizados con el fin de determinar si se considera la probabilidad de que se produzca un obstáculo que vulnere el éxito del proyecto o programa.

Mokate (2001) retoma los factores estudiados por el Banco Mundial y los clasifica así:

- **Factores económicos:** el grado de dependencia del éxito del proyecto depende de determinadas políticas macroeconómicas y la probabilidad de que éstas continúen o mejoren.
- **Elementos externos:** el grado en que los logros del proyecto dependen de factores exógenos como los términos de intercambio; los precios de las materias primas cuyo precio es muy volátil; o la situación política de los países vecinos.
- **Factores financieros:** particularmente la probabilidad de que el proyecto pueda generar ingreso suficiente o recibir asignaciones presupuestarias suficientes en el futuro).

- **Factores técnicos:** contemplando el grado en que los logros del proyecto dependan de las mejoras tecnológicas, uso más eficiente de los insumos, aumentos en los productos o e los flujos de recursos o materias primas o de mejoras en la productividad.
- **Factores sociales:** la adecuación de la participación comunitaria y los incentivos para los beneficiarios como para garantizar la apropiación del proyecto o programa por parte de la comunidad de usuarios o beneficiarios.
- **Factores ambientales:** el grado en que el proyecto afecte el entorno físico-biológico y/o el abastecimiento de recursos renovables y no renovables.
- **Factores institucionales:** se procura determinar el grado para que se produzca y/o se mantenga el ambiente institucional necesario para la entrega sostenible de los beneficios del programa o proyecto.
- **Gobernabilidad:** se procura determinar si hay suficiente apropiación del programa o proyecto por parte del gobierno y los beneficiarios para facilitar la sostenibilidad del mismo y la sensibilidad del proyecto o programa a los cambios políticos probables.

El análisis de factores de Sostenibilidad en el tiempo del programa Tú Vales en este estudio, se entiende como el análisis de las condiciones que desde la gestión permitieron ó dificultaron el éxito del programa durante su implementación y que por tanto pudieron influir en su mantenimiento y/ó terminación. Cabe mencionar que para el presente estudio, este aspecto se profundizó durante la descripción de la implementación a gran escala del programa.

### **1.5. Gestión en Salud Pública**

La Gestión se entiende como “acciones, operaciones y actividades específicas realizadas por una persona o un grupo humano, con el objeto de lograr unos resultados de la manera más eficiente y eficaz. Las acciones se deciden teniendo en cuenta los objetivos definidos por las necesidades organizacionales”. (EAN, 2005)

Según la Organización Panamericana de la Salud (2011), la gestión en salud pública es una de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) las cuales “describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones” (OPS/OMS, 2011). Las ejerce el país mediante un Estado rector del sector y responsable de mejorar la salud de su población (OPS/OMS, 2011).

Esta función se relaciona con otras funciones esenciales cuando se habla de formulación, implementación y evaluación de programas de salud. Una de ellas es la quinta función esencial de la Salud Pública denominada “Desarrollo de Políticas y Capacidad institucional de planificación y gestión en materia de Salud Pública” la cual incluye: la definición de objetivos de salud pública; el desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública; la capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población; el desarrollo de competencias para la adopción de decisiones; y el desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública (OPS/OMS, 2011).

De igual manera, para efectos de cumplir con la función de desarrollo de políticas, el ente rector debe ejecutar la decima función de la investigación “dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles; la ejecución y el desarrollo de unas soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado; el establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector de la salud, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones de la Autoridad Sanitaria Nacional – ASN en todos sus niveles y en todo su campo de actuación”. Para esto debe tener en cuenta el desarrollo de planes de investigación en materia de salud pública, el desarrollo de la capacidad institucional de investigación y la asesoría y el apoyo técnico a la investigación en las instancias subnacionales de salud pública (OPS/OMS, 2011).

La gestión en salud pública es un elemento central, para el cumplimiento de las diferentes funciones esenciales mencionadas y describir cómo se realiza dicha gestión en todos sus niveles y campos durante el diseño, evaluación ex ante, implementación masiva, monitoreo y evaluación ex post de un programa, permite identificar y comprender algunos elementos que le hacen o no exitoso y que pudieran ser replicados en otros programas de salud pública.

Darle la connotación de gestión en salud pública, determina que dichas acciones permiten “alcanzar las metas de salud del país mejorando el desempeño de las organizaciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, mediante la definición de comportamientos, repetibles y perdurables en el tiempo, que faciliten dar respuesta a las necesidades en salud de la población colombiana” (Ministerio de Protección Social, 2009), todo ello en coherencia con las funciones esenciales de la salud pública mencionadas.

Según el Modelo de Gestión Integral de Salud Pública, la gestión está compuesta por niveles y por campos de gestión. Los Niveles de Gestión son entendidos en correspondencia con elementos centrales de la Gestión de la Salud Pública según los actores involucrados, sus competencias y responsabilidades (Ministerio de Protección Social, 2009).

En este sentido, la Gestión en Salud Pública son las intervenciones que realiza el Estado como ente rector del sector, que no solo están orientadas a la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, proyectos y programas, sino que además el ejercicio de rectoría tiene otras dimensiones que complementan dicha gestión.

Estos niveles de Gestión son:

- **Macro Gestión:** Se entiende como gestión pública, es decir, “la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado y mejorar el bienestar social”. (Ministerio de Protección Social, 2009)

En este nivel se puede categorizar al Ministerio de Salud y Protección Social como ente estatal que ejerce la rectoría del sector a nivel nacional, sin embargo a nivel del Distrito de Bogotá, la Secretaría de Salud en su plataforma estratégica, su misión y visión y objetivos la definen como entidad rectora de salud en Bogotá.

En este nivel se espera identificar el direccionamiento del sector a través de políticas públicas, la toma de decisiones frente a las alternativas de solución que permiten dar una respuesta para la inclusión en el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC el cual incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades que debe desarrollar el Estado y contribuye en el cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y en el Plan de Desarrollo del Distrito y que permite que aquellos problemas identificados sean abordados, como es el caso de las condiciones crónicas, una

propuesta de abordaje, como sería el programa Tú Vales, dentro de las funciones de la Secretaría Distrital de Salud y sus investigadores, como también sus funcionarios participantes en el diseño como en la implementación del programa.

- **Meso Gestión:** entendida como la gestión que involucra a actores con las competencias, responsabilidades y funciones establecidas normativamente y encargados de la operación de la atención en salud (Ministerio de Protección Social, 2009). De acuerdo a la normatividad establecida a nivel nacional para el SGSSS, las entidades encargadas de la prestación de servicios de salud son denominadas como Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS.

Teniendo en cuenta que esta definición parte de la atención en salud, cabe la diferencia de este concepto con la definición del Plan intervenciones colectivas - PIC que realiza el Ministerio de Protección Social en el Resolución 425 de 2008, el cual las reconoce como un “conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. (Ministerio de Protección Social, 2008)

En el Distrito, la normatividad existente mantiene que la responsabilidad de implementar las intervenciones colectivas en convenio con la Secretaría Distrital De Salud- SDS son las Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS públicas de I y II nivel de atención; en coherencia con ello, deben ser las Empresas Sociales del Estado - ESE quienes ejercen representación de la autoridad sanitaria y aplican acciones dirigidas desde la rectoría del ente territorial a nivel local.

En este sentido, la Meso gestión es entendida para este estudio como la gestión que involucra a las IPS públicas ó ESE de I y II nivel de atención de Bogotá que legal y contractualmente asumen las competencias, responsabilidades y funciones establecidas en el Resolución 425 de 2008 encargadas de la implementación del antiguo Plan de Atención Básica, hoy Plan de Intervenciones Colectivas reconocido como el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades complementarias al POS a cargo del Estado dirigidas a promover la salud, la calidad de vida y prevenir los riesgos y daños en salud bajo la rectoría y lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud. Uno de los programas incluidos en este Plan de Intervenciones Colectivas fue Tú Vales.

- **Micro Gestión:** este nivel de gestión, con la mayor interacción directa entre el talento humano y los sujetos de intervención en sus territorios, da cuenta de los procesos de atención y su mejoramiento; “la prestación de servicios tanto de acciones individuales como de acciones colectivas implica la toma de decisiones” operativas “y administrativas que impactan las condiciones de salud. Los trabajadores y equipos de salud gestionan su propio ámbito de acción... y en ello comprometen a la institucionalidad” y por lo tanto la gestión sanitaria en su conjunto. (Ministerio de Protección Social, 2009)

A este nivel se operacionalizan las guías de atención diseñadas, así como las intervenciones comunitarias y sociales. Para el caso del programa Tú Vales, la micro gestión corresponde a aquellas acciones que se llevaban a cabo a nivel local y barrial por los equipos de salud del ámbito comunitario en las IPS públicas ó ESE de I y II Nivel de Atención que tienen el convenio de implementación del PIC en Bogotá con el propósito de aportar a las respuestas integrales y la gestión social con base en la estrategia promocional de calidad de vida y salud durante el periodo de diseño e implementación masiva del programa Tú Vales en Bogotá.

De otra parte, los Campos de Gestión son espacios que de manera integrada buscan garantizar el logro de resultados y la realización de acciones efectivas a partir de la necesidad de potencializar la acción pública según los intereses y dinámicas que en ella confluyen. Esta organización de la gestión garantiza armonía en el desarrollo de políticas, programas y proyectos y resalta acciones que al pasarse por alto no siempre se valoran o tienen recursos para su ejecución, obviamente delimitando la consecución de los logros propuestos (Ministerio de Protección Social, 2009). Los tres campos son:

- **Campo Político – Ciudadano:** “El objetivo de la gestión política consiste en crear y/o consolidar la legitimidad, los recursos, la autorización y/o el apoyo para implementar la misión y crear valor público. Incluye estrategias para consultar, escuchar, proponer, deliberar, movilizar, comunicar y promover con comunidades, ciudadanos, contribuyentes, autoridades políticas o gubernamentales, legisladores, organizaciones de la sociedad civil, gremios, movimientos sociales, Organizaciones No Gubernamentales, medios de comunicación, empresas privadas y la ciudadanía en general.

También contempla gestiones con burócratas y otros actores que tienen poder de supervisión sobre la iniciativa. En resumen, se trata de la gestión con actores clave que tienen múltiples intereses con el fin de entenderlos, comunicar ideas a ellos y escuchar de ellos, gestionarlos y darles voz, como paso

fundamental de la formación de políticas públicas. Implica entender y trabajar (gestionar) con cada uno de los diferentes mandantes de la iniciativa para lograr autoridad y recursos.” (BID – INDES, 2005)

Se refiere a todas las acciones tendientes a movilizar el apoyo de actores cuya participación y/o autorización es necesaria para lograr los resultados propuestos. Busca generar compromisos, responsabilidad, alianzas, legitimidad y recursos, con el fin de crear un ámbito propicio para las acciones que se plantean.

La gestión de la salud pública implica compartir con los actores sociales, los procesos de diagnóstico, programación, ejecución y evaluación de sus acciones, no solo desde una perspectiva técnica, sino desde una dimensión política, siendo este un espacio vital de intercambio de información, de toma de conciencia de la realidad local, de negociación, de trabajo en equipo y de asignación de responsabilidades y adopción de compromisos.

En este estudio, este campo entiende la gestión política, entendida como las acciones de convocatoria, consulta, deliberación, movilización y comunicación que se realizaron con actores políticos, financieros, institucionales, comunitarios y en general sociales que participan brindando (o no) su apoyo durante los procesos de diagnóstico del problema e inclusión en la agenda pública, formulación y diseño del programa como alternativa de solución, negociación política con las posturas opuestas y toma de decisiones para implementación masiva y evaluación como fue en el caso del Programa Tú Vales.

- **Campo Organizacional:** “se relaciona con el diseño e implementación de procesos, sistemas y estructuras para desarrollar capacidades organizacionales requeridas para el logro de los resultados deseados. Propone establecer y manejar el entorno inmediato con el fin de asegurar que se cuente con los recursos, las rutinas y la capacidad organizacional de llevar adelante una gestión efectiva, eficiente, equitativa, ética y sostenible que cree valor público. Para el desarrollo de la capacidad organizacional, se necesita fortalecer conceptos, compromisos, capacidades y valores consistentes con el marco estratégico”. (Ministerio de Protección Social, 2009)

Para este estudio, el campo organizacional precisa la gestión que realizan las organizaciones para fortalecer su capacidad en pro del cumplimiento de los resultados deseados. En este sentido, el campo organizacional incluye cómo se definen los objetivos, los propósitos, las instituciones involucradas, la población y área de intervención, la definición de las estructuras, procesos y sistemas, la definición de los

recursos humanos, financieros y físicos que son destinados para alcanzar los objetivos y propósitos propuestos, para el caso durante la fase de Diseño e Implementación masiva del Programa Tú Vales.

- **Campo Programático:** “El objetivo de la gestión programática consiste en cumplir con la misión organizacional y crear valor público a través de un conjunto de estrategias, políticas, programas y proyectos pertinentes que generen progreso hacia la resolución de problemas de desarrollo” (Ministerio de Protección Social, 2009).

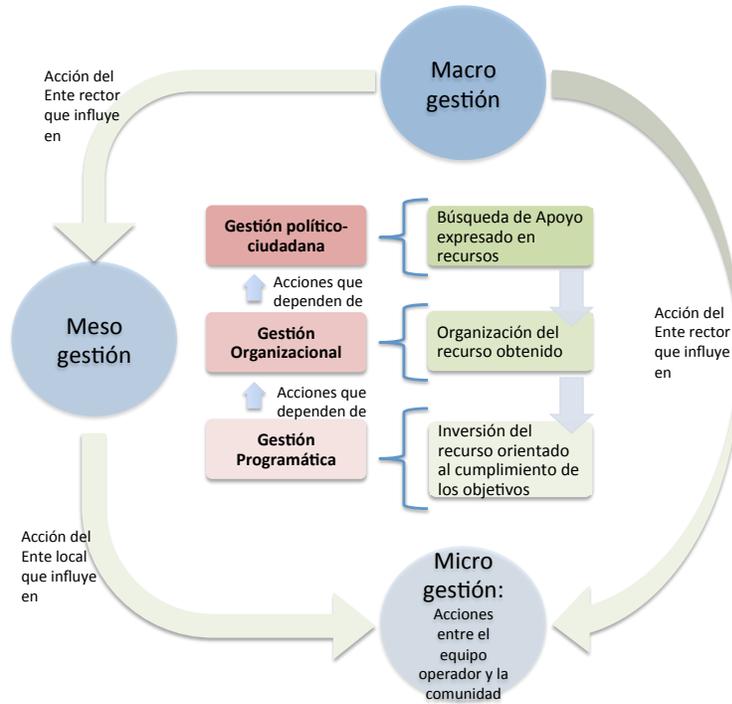
La gestión programática integra la iniciativa de la comunidad al incluir su participación en la formulación y diseño de respuestas a sus necesidades, que a su vez, implementadas por una entidad pública con la misión organizacional, “genera valor público directamente y/o genera beneficios que son fuentes de valor público” (BID – INDES, 2005).

En este estudio, el campo programático se basa en la gestión durante la programación para cumplir con una misión organizacional y así mismo crear valor público, teniendo en cuenta que el programa Tú Vales está incluido en Plan de Intervenciones Colectivas – PIC a cargo del Estado y sus estructuras burocráticas, la formulación e implementación del mismo trae consigo el valor público el cual se le agrega en tanto se incluye dentro del PIC.

En este campo se reconoce cómo se construye la cadena de valor/resultado del Programa Tú Vales en tanto se busca entender cómo se programan los insumos en los procesos internos del programa para alcanzar los resultados y los impactos propuestos; sumado a ello, se identifican los mecanismos por los cuales el programa se posiciona ante la comunidad como tal legitimándose e integrando la participación de la misma durante las diferentes fases de diseño, implementación, evaluación y reformulación del programa Tú Vales en su ciclo de vida.

Para el análisis de los campos y niveles de la gestión del programa Tú Vales es importante aclarar que la Gestión Programática depende de la Gestión Organizacional, y esta última depende de la Gestión Político-Ciudadana y que dichos campos son transversales ó están inmersos en cada Nivel, en tanto a través de las acciones para conseguir el apoyo de diversos actores se traduce en la consecución de recursos para seguir realizando acciones en los siguientes campos de la gestión. Por ejemplo, los recursos establecidos para realizar la definición de la cadena de valor/resultado y crear valor público (acciones de la Gestión Programática) son definidos en el campo de la Gestión Organizacional, y esta a su vez depende

de la Gestión Político-Ciudadana en la búsqueda de apoyo social y económico a través de los actores locales para la ejecución del programa (en el nivel Meso Gestión). De esta manera se realizará el análisis y no de manera separada y/o delimitada como se define cada campo y cada nivel (Ver Figura 1).



*Figura 1 Representación gráfica de la relación entre los niveles y campos de la gestión en salud pública para el análisis de la gestión del caso de Tu Vales. Bogotá, 2003-2012*

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tú Vales en el periodo de 2004 a 2006, se diseñó y evaluó ex ante como una intervención basada en comunidad novedosa e innovadora con el fin de responder a las necesidades de promoción de prácticas saludables, participación social y búsqueda de iniciativas en pro del ejercicio de los derechos sociales de manera transectorial en el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Sin Indiferencia, Un Compromiso Social Contra la Pobreza y la Exclusión” 2004-2008. Después de su estudio ex ante de costo-resultado, proceso y efectividad, Tú Vales se implementó de manera masiva en las 20 localidades del Distrito Capital hasta el 2011 bajo el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva 2008-2012”.

Sin embargo, la rigurosidad documentada de su diseño y la calidad de la intervención referida por la población beneficiada durante su implementación a través de nuestra experiencia como trabajadores de Salud Pública en Bogotá, no fueron suficientes para sostener el programa manteniendo su implementación continua. Se identificó que en Bogotá a partir de Agosto de 2012 el programa no se financia ni hace parte del grupo de intervenciones para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC que la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá supervisa y contrata con las Empresas Sociales del Estado de Primer y Segundo nivel de atención adscritas a la ciudad.

No se ha documentado otra intervención además de Tú Vales que haya tenido un estudio ex ante en el contexto social natural en el cual se implementan las intervenciones de salud pública, de igual manera, tampoco se ha documentado su implementación a gran escala ni las razones por las cuales el programa no se continuó implementando, sin embargo, la descripción del diseño y la implementación de cualquier programa, e inclusive cómo se realiza ese proceso de construcción e implementación, y su utilidad en salud pública son de vital importancia.

El problema que se plantea a partir de lo mencionado parte de identificar los elementos que desde la gestión influyen en la sostenibilidad de la implementación de los programas de salud pública, los cuales deben ser documentados como toda construcción de conocimiento que permita fortalecer el saber en Salud Pública en coherencia a lo referido por Morales y cols. (2008) en su definición de la Salud Pública Basada en la Evidencia SPBE.

La identificación de dichos factores que condicionan la sostenibilidad en el tiempo de la implementación de un programa desde lo técnico-administrativo y metodológico-operativo permitiría generar conocimiento que pueda tenerse en cuenta en futuras iniciativas de diseño e implementación de

programas en salud pública. Para el caso de Tú Vales, se requiere conocer y reconstruir el proceso de cómo se diseñó e implementó, para así identificar algunos factores de la gestión que influyeron en su sostenibilidad a través del tiempo. En este sentido se formuló la siguiente pregunta de investigación.

## **2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo se diseñó e implementó a gran escala el programa Tú Vales para identificar los factores que influyeron en la sostenibilidad de este programa a través del tiempo?

## **2.2. JUSTIFICACIÓN**

Roth (2002) menciona que varios estudios de política pública se centran en la implementación, en la cual se identifican la permanencia, y a veces complicación, de los problemas a pesar de haberse tomado decisiones que apuntaban a resolverlos. En este sentido, estudios sobre la implementación tanto de políticas, planes y programas se han enfocado en identificar las razones por las cuales existe la distancia entre la teoría y la práctica, a lo cual Roth (2002) denomina brecha de la implementación – *Implementation Gap*. (Roth, 2002)

Merzel y cols. (2003) refieren que la incapacidad para observar todos los efectos que se producen en una intervención se debe a los modelos de implementación con errores tipo III caracterizados por la falta de adherencia a los planes o protocolos. De esta manera, la verificación, seguimiento, monitoreo ó evaluación de algunos elementos durante la implementación, como la adherencia, se debe realizar en las intervenciones comunitarias cuando se producen en los entornos naturales en donde las condiciones locales varían y están cambiando constantemente, además de describir dichos cambios.

Morales y cols. (2008), refieren que la evaluación de intervenciones en salud pública es de vital importancia y fundamental para el desarrollo de políticas de salud; sin embargo, grandes dificultades se han derivado del enfoque evaluativo tradicional basado en el ensayo clínico como método predominante y por tanto favorito en cuanto se refiere a la Medicina Basada en la Evidencia. Este enfoque habitual de evaluación de resultados de investigación subestima los estudios observacionales y los estudios

cualitativos que permiten la descripción a profundidad del diseño e implementación de los programas que en algunos casos son los indicados en salud pública<sup>5</sup>.

Tú Vales como una experiencia de un programa comunitario de salud pública documentado a través de su evaluación ex ante (evaluación de efectividad, de proceso y costo-resultado) argumentó de manera técnica su implementación a gran escala en Bogotá, sin embargo, se identificó que en Bogotá a partir de Agosto de 2012 el programa no se financia ni hace parte del grupo de intervenciones para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC que la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá supervisa y contrata con las Empresas Sociales del Estado de Primer y Segundo nivel de atención adscritas a la ciudad, y por tanto, se desconocen los factores por los cuales se le dio terminación a su implementación, incluso aún no se han determinado ni documentado los factores ó situaciones por los cuales el programa no se continuó implementando.

De igual manera, no se ha documentado la gestión realizada para la construcción del diseño del programa, como tampoco se han documentado las acciones que permitieron su implementación de manera continua y permanente. Dada la dificultad en dicha documentación de la gestión, la descripción de cómo se realizó el diseño y la implementación a gran escala de Tú Vales requiere la perspectiva de actores participantes durante estas etapas del programa que puedan dar cuenta de estos procesos de acuerdo a sus experiencias.

Es así este estudio busca describir, desde la experiencia de los actores involucrados, las dos fases de diseño y la implementación a gran escala del programa en el Distrito a través de las acciones de gestión a través de sus campos y niveles. La descripción de la experiencia en el diseño e implementación a gran escala del programa Tú Vales servirá para ampliar el conocimiento de la gestión de la salud pública que permita identificar de este caso en particular, cuáles fueron los factores influyentes técnicos, metodológicos, administrativos y operativos del programa que permitieron que fuese sostenible como una experiencia autóctona y local con acciones basadas en comunidad por dos periodos continuos de Gobierno Distrital.

Se considera que este estudio puede aportar al nivel de toma de decisiones para que otros programas de salud de Bogotá, que de una u otra forma han demostrado efectividad, tengan sostenibilidad en el tiempo.

---

<sup>5</sup> Morales, J. Gonzalo, E. Martín, F. Morilla, J. “Salud Pública Basada En La Evidencia: Recursos Sobre La Efectividad De Intervenciones En La Comunidad”. En: Revista Española Salud Pública. 2008, número 5-20.

También se quiere aportar al mejoramiento de los procesos de implementación de manera eficiente y eficaz para que pueda garantizarse el sostenimiento de los efectos de otros programas de salud pública.

La experiencia del diseño en sus dos fases y la implementación a gran escala de este programa a nivel Distrital es útil para comprender porqué el soporte y la coherencia entre su fundamento teórico y su marco metodológico son requisitos indispensables para la implementación de tecnologías en salud basadas en la evidencia y así mismo orientar otras acciones comunitarias. De igual manera, se considera relevante por los recursos y procesos que estuvieron ligados a su legitimación como una alternativa de solución que relaciona la prevención de las condiciones crónicas con la promoción de la salud y la participación en el cuidado de la salud, propio de las acciones basadas en la comunidad.

Estudios y revisiones realizados por diferentes autores (Forero, Espinosa y col, 2003; Nina, 2007; Lucumí y col, 2008) evidenciaron limitaciones en los resultados obtenidos de diferentes intervenciones y programas en salud basados en comunidad, así como también la dificultad de identificar experiencias latinoamericanas documentadas dado que algunos estudios presentaron características en su implementación alejadas de las condiciones reales en que normalmente se pueden realizar, entre otras.

La OMS Europe, como los autores mencionados (Forero, Espinosa y col, 2003; Nina, 2007; Lucumí y col, 2008) refieren que la tendencia predominante en el mundo es la evaluación de impacto promovida por el Banco Mundial, de lo cual no dista en América Latina<sup>6</sup>; de esta manera, los estudios alrededor de la implementación de programas sociales y de salud en contextos sociales naturales son pocos, e inclusive se podría decir que nulos. Es decir, no se tienen en cuenta los elementos ó condiciones que afectan su ejecución, como tampoco los factores de la gestión que facilitan o dificultan su implementación en el contexto real de la población a intervenir.

Mediante una búsqueda realizada en bases de datos en línea, como Medline sobre literatura biomédica internacional, Lilacs, literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, ScieneDirect y Cochrane, se encontraron algunas experiencias de evaluación de iniciativas dirigidas a diferentes grupos de población y con características similares a Tú Vales, pero no fueron documentadas ni descritas desde el punto de vista de la gestión de la salud, desde los actores, y aún menos tienen un análisis de los factores

---

<sup>6</sup> Nina, E. "Modelos de evaluación de políticas y programas sociales en Colombia". En: Papel Político. Bogotá (Colombia). 2008, Vol. 13, Número 2, 449-471.

que facilitan ó limitan su sostenibilidad en el tiempo, por ejemplo, la evaluación de programas para disminuir el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en escolares y adolescentes por Berríos (2004), Wiehe (2005), Glantz (2005); Revisión sistemática de Intervenciones en Actividad física en Latinoamérica de Hoehner y cols. (2008) y la Evaluación de Intervenciones Alimentarias y Nutricionales de Keller-Olaman (2005), Summerbell (2008) y Hooper (2008).

Es interés de los investigadores como profesionales del área de la salud y salubristas reconocer los procesos en la formulación e implementación del programa Tú Vales que definen su continuidad y sostenimiento, y reconocer los factores organizacionales, contextuales y operativos que afectan el desarrollo y la implementación de estas intervenciones colectivas.

Describir estos aspectos que afectan directa o indirectamente en la gestión de la Salud Pública en los diferentes niveles en los que se implementa un programa es un imperativo al cual creemos se ven abocados la razón, la ética, la experiencia profesional, la participación social, entre otros, que giran en torno a nuestro ejercicio como Salubristas bajo el precepto de la Salud Pública basada en la Evidencia - SPBE.

En coherencia con lo mencionado, es lejana la intención de calificar y/o criticar la forma de gestión en la operación de la Secretaría Distrital de Salud – SDS como ente rector al territorio adscrito; por el contrario se quiere describir un proceso que posiblemente sucede con frecuencia en los entes territoriales y gubernamentales y que llevan a la reflexión sobre las bases teóricas que deben ser coherentes con la realidad, como también el análisis frente a la gestión de la Salud Pública y el papel fundamental del Salubrista en cargos gerenciales, de asesoría, de formulación y diseño, toma de decisión, Implementación y evaluación de programas de impacto poblacional, ó si se quiere en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.

### **3. PROPÓSITO**

Aportar a la comprensión de los factores de la gestión de la salud pública que están relacionados al diseño, evaluación ex ante de costo resultado y efectividad e implementación a gran escala sostenible de un programa en Salud Pública.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir los aspectos o características más relevantes del diseño y la implementación a gran escala del programa Tú Vales, desde la experiencia de los actores que participaron en Bogotá, Colombia en el periodo 2003 a 2012.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**4.2.1.** Describir el proceso de evaluación ex ante de efectividad, de proceso y costo resultado de la fase de diseño del programa Tú Vales en Bogotá en el periodo 2003 a 2006.

**4.2.2.** Describir el proceso de implementación a gran escala a nivel Distrital del programa Tú Vales durante el periodo 2006-2012.

**4.2.3.** Identificar algunos factores que están ligados o influyeron en la sostenibilidad del programa comunitario Tú Vales y que puedan ser útiles para la implementación sostenible de otros programas comunitarios.

## 5. METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta que la investigación cualitativa es más útil cuando se sabe poco ó nada acerca de un tema que se quiera investigar; busca comprender la situación objeto de investigación, inclusive explorar un grupo de factores que puedan estar influyendo en la situación; para el desarrollo del presente estudio se consideró que este es el método indicado para ello.

En investigación cualitativa se usan diferentes diseños, entre ellos, los estudios de caso de una sola unidad o sistema limitado por el espacio y el tiempo. Estos estudios permiten análisis intensivos y descripciones que pueden influir directamente en una política, en procedimientos y/o en investigaciones futuras (Hancock, 2006).

Los estudios de casos se caracterizan particularmente por enfocarse en una representación de un grupo o de lo que representa un fenómeno, como por ejemplo un evento, una situación, un programa, una actividad, entre otros. En este sentido, su principal instrumento son los participantes y no solamente la perspectiva del investigador (Hancock, 2006).

De igual manera, se enfoca en el contexto, el tiempo y el espacio de la representación. Múltiples metodologías se utilizan a menudo cuando se hace investigación o estudios de caso, por ello es de vital importancia definir el diseño con el cual se brinda un mejor enfoque de la investigación del fenómeno que se pretende realizar.

El número de casos, objeto de análisis de los estudios se clasifican en un único caso o múltiples o casos comparativos. Este estudio es *un caso único*, ya que según Pettigrew 1990, la metodología es adecuada cuando el caso es especial y tiene todas las condiciones necesarias para confirmar, desafiar o ampliar una determinada teoría y siempre y cuando la calidad y naturaleza de las conclusiones sean únicas. (Pettigrew, 1990)

Para un estudio de caso, se debe tener en cuenta que este tipo de diseño es más exploratorio y descriptivo que confirmatorio porque se realizó a partir de las observaciones ó análisis de la información obtenida; de fondo utiliza varias fuentes de información como entrevistas y anécdotas, narrativas de diario de campo ó actas de seguimiento, documentos de informe de gestión.

Los estudios de caso se orientan desde las diversas disciplinas que los usan, y por tanto, los hallazgos y la forma en que buscan responder al problema de investigación brindan diferentes posibilidades entorno a la misma orientación de la disciplina que lo usa (Hancock, 2006). Los estudios de caso etnográficos son usados frecuentemente por la Antropología, otros como el estudio de caso de análisis histórico, el estudio de caso psicológico, y el estudio de caso sociológico son orientados por disciplinas como la Sociología, la Pedagogía, las Ciencias de la Salud respectivamente, entre otras.

Los estudios de caso se pueden definir por las características del análisis, de los hallazgos y la forma en que los problemas de investigación se responden, por ejemplo, Yin (2003) explica tres tipos de diseño de estudio de caso, entre ellos: el exploratorio busca generar y definir preguntas de investigación de un estudio posterior; los explicativos buscan establecer relaciones causa-efecto con el propósito de determinar cómo se produce el fenómeno; y los descriptivos intentan describir de manera completa un fenómeno dentro de su contexto.

Hancock (2006) cita a Stake (1995) quien definió al estudio de caso como: Intrínseco cuando el investigador ó los investigadores quieren saber más sobre un individuo, grupo, evento u organización en particular, y no les interesa crear teorías generales o generalizar los resultados; el estudio de caso instrumental busca el mejor entendimiento de una pregunta teórica o un problema, por tanto se usa como instrumento para dicha resolución; el estudio de caso colectivo pretende abordar un tema al tiempo que añade a la literatura de base que ayuda a conceptualizar y mejorar una teoría, por tanto implica una colección de casos instrumentales que permitan construir ó mejorar la teoría alrededor del tema.

## **5.1. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación, se planteó desde un diseño *de estudio de caso único intrínseco y descriptivo* con el cual, se busca comprender y describir al programa Tú Vales e identificar algunos factores que influyeron en su sostenibilidad durante su implementación.

El presente estudio de caso reconstruyó aspectos claves del diseño del programa y describió la gestión durante su implementación masiva a partir de categorías predefinidas, desarrollándolas por subcategorías las cuales organizaron la recolección de la información y su posterior análisis:

### 5.1.1. Categoría 1. Diseño del programa Tú Vales durante la fase 1 y fase 2

**Paso 1. Subcategoría : Visión General del Programa.** Se recolectó información del programa para identificar el origen del programa a partir de la descripción de los siguientes elementos descritos en el marco teórico como:

- Contexto político en el cual se diseña el programa.
- Justificación del diseño del programa.
- Descripción del Fundamento teórico para la formulación y diseño de las acciones.
- Diseño y población sujeto de intervención que pretendía abordar el programa.

**Paso 2. Subcategoría : Reconstrucción de la cadena de valor/resultados.** Reconstruir la cadena de valor/resultado implicó retomar los conceptos planteados del marco teórico y describirlos así:

- **Insumos:** Reconocimiento del talento humano, los recursos físicos, los recursos tecnológicos, entre otros recursos que se requieran para el cumplimiento de los objetivos y las metas propuestas.
- **Procesos:** Reconocimiento de los objetivos y las metas que se pretendían alcanzar con sus respectivas actividades diseñadas durante la ejecución del programa para la transformación de los insumos en productos y la generación de los resultados e impacto.
- **Productos:** Reconocimiento de los servicios ó bienes generados a partir de la transformación de los insumos mediante los procesos revisados anteriormente.
- **Resultados:** Identificación de los cambios esperados a corto y mediano plazo medidos a través de indicadores de proceso y resultado según los objetivos y las metas programadas en la primera y segunda fase de diseño.

Para el estudio de caso del programa Tú Vales no se incluirá la descripción del impacto debido a que, para el alcance de esta investigación no se realizó la comparación de líneas de base ni de cambios a largo plazo generados por el programa sobre la morbilidad por condiciones crónicas y en calidad de vida de la población beneficiaria.

**Paso 3. Subcategoría: Adecuación del programa para su implementación a gran escala.** Cambios en el diseño e implementación del programa y que orientaron las decisiones de su implementación masiva:

- Ajustes en el Fundamento teórico para la formulación y diseño de las acciones
- Ajustes de la selección de la Población sujeto de intervención que pretendía abordar el programa
- Ajustes en la cadena de valor/resultado: Insumos, Procesos, Productos, Resultados e impacto.

**Paso 4.** Análisis de la gestión durante la etapa de diseño y evaluación Ex Ante para la identificación de categorías emergentes que describan la experiencia de construcción de un programa comunitario.

### **5.1.2. Categoría 2. Implementación masiva del programa “Tú Vales”**

#### **Paso 1. Subcategoría : Identificación de ajustes y variantes en la implementación masiva del programa**

Teniendo en cuenta que el programa estuvo en ejecución durante diferentes Planes de Gobierno, se requiere identificar si tuvo alguna modificación ó si se mantuvo como se formuló y diseñó. Para ello se describe:

- Contexto político y administrativo para la implementación a gran escala
- Ajustes en la cadena de valor/resultado: Insumos, Procesos, Productos, Resultados.

#### **Paso 2. Subcategoría : Construcción de la cadena de entrega del programa durante su implementación masiva**

La cadena de entrega entendida como una representación de las relaciones entre los actores, instituciones y procesos. Esta representación se describe a partir de los siguientes elementos ya contemplados en el marco teórico:

- Descripción de la Eficacia alcanzada en la implementación del programa.
- Descripción de la Eficiencia alcanzada en la implementación del programa.

**Paso 4.** Análisis de la gestión durante la etapa de implementación a gran escala para la identificación de factores influyentes ó relacionados con la sostenibilidad del programa a través del tiempo.

## 5.2. PARTICIPANTES

Los participantes fueron aquellos actores y actrices que realizaron acciones y/o aportes en las dos fases de la etapa de diseño y en la implementación a gran escala del programa. Dichos participantes aportaron información directa e indirecta, a través de diferentes técnicas de recolección de la información.

Los criterios de selección de los participantes fueron a conveniencia y de acuerdo al consentimiento y voluntad de participación de los y las profesionales. La convocatoria en general se realizó a través de funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud que aún trabajando en esta institución favorecieron el contacto con aquellas personas participantes en el diseño e implementación del programa y que hubieran laborado durante dichas fases del programa en la Secretaría Distrital de Salud, Investigadores de la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social y en las Empresas Sociales del Estado.

A continuación se mencionan y categorizan los participantes con algunas particularidades:

**5.2.1. Investigadores de la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social - FES:** que se integraron al programa durante la fase de diseño y evaluación ex – ante de tal forma que dieron cuenta del proceso de identificación de alternativas, negociación política y en la toma de decisiones para la implementación del programa.

A través de personas cercanas a la implementación del programa en la Secretaría Distrital de Salud que aún trabajan en dicha institución, se logró establecer contacto telefónico y por correo electrónico para invitar e involucrar a dos investigadores participantes en el diseño y evaluación ex ante de Tú Vales quienes aceptaron con consentimiento informado participar en este estudio.

**5.2.2. Funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud:** que se integraron al programa durante su fase de diseño y evaluación ex – ante, como también en la fase de implementación a gran escala en Bogotá. De tal forma que dieron cuenta del proceso de identificación de alternativas, negociación política y toma de decisiones para la implementación del programa hasta su terminación dentro del Plan de Intervenciones Colectivas.

A través de personas cercanas a la implementación del programa en la Secretaría Distrital de Salud que aún trabajan en dicha institución, se logró establecer contacto telefónico y por correo electrónico para

invitar e involucrar a dos funcionarios participantes en el diseño, evaluación ex ante e implementación a gran escala de Tú Vales quienes aceptaron con consentimiento informado participar en este estudio.

**5.2.3. Funcionarios de las ESE de I y II nivel de atención:** que participaron en la fase de Diseño e Implementación a gran escala en Bogotá de tal forma que dieron cuenta de la ejecución del programa desde su inicio hasta su terminación dentro del Plan de Intervenciones Colectivas.

A través de personas cercanas a la implementación del programa en la Secretaría Distrital de Salud y en las ESE de I y II nivel de atención que aún trabajan en dichas instituciones, se logró establecer contacto telefónico y por correo electrónico para invitar e involucrar a seis profesionales de Fisioterapia, Trabajo Social y Nutrición participantes en el diseño, evaluación ex ante e implementación a gran escala de Tú Vales quienes aceptaron con consentimiento informado participar en este estudio.

### **5.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

En esta investigación se utilizaron dos técnicas de recolección de la información: la revisión documental de fuentes secundarias como técnica principal; y las entrevistas semi-estructuradas como técnica de apoyo.

Para su desarrollo se tuvo en cuenta lo siguiente:

#### **5.3.1. Revisión documental:**

Se estableció como criterio para la revisión documental la inclusión de todo documento disponible alusivo al diseño e implementación a gran escala del programa Tú Vales que fuera publicado ó se encontrará en el archivo documental de la SDS. Dicha documentación en retención de la SDS se obtuvo a partir de los mismos investigadores y trabajadores de las instituciones que pudieran facilitar dicha información. Se revisaron 8 informes y artículos de investigación que documentaban el proceso de diseño del programa Tú Vales, los cuales se encontraron en línea como antecedentes del programa, en medio magnético entregados por algunos de los funcionarios e investigadores participantes y en físico ubicados en la biblioteca de acceso al público de la Secretaría Distrital de Salud.

Se tuvo acceso de 21 archivos en físico y magnético que constan de lineamientos, informes de gestión de las ESE, informes financieros distritales, actas, bitácoras y diarios de campo que describían la

implementación a gran escala del programa Tú Vales y que reposaban en custodia de los funcionarios y en retención documental de la Secretaría Distrital de Salud. Algunos documentos tuvieron un carácter único, como es el caso de informes de diseño e implementación del programa elaborado por investigadores, diseñadores, ejecutores y auditores del programa Tú Vales en Bogotá.

Está revisión documental fue importante para la reconstrucción de los antecedentes del programa, la revisión de estudios e investigaciones anteriores referentes al programa, la formulación del marco teórico, los resultados y los análisis de sus estudios durante la primera y segunda fase del diseño y la descripción de la implementación a gran escala a través de los resultados obtenidos durante su ejecución ya definidos por las categorías de descripción del programa.

### **5.3.2. Entrevista semi-estructurada:**

Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas para triangular algunas características del diseño y la implementación descritas en los documentos revisados como también indagar a profundidad aspectos específicos de la gestión del programa y así poder interpretar los principales hallazgos, características y acciones realizadas durante el diseño en sus dos fases y la implementación a gran escala del programa que no estuvieran contemplados en la revisión documental.

Las entrevistas se realizaron a partir de preguntas orientadoras que permitieron indagar sobre las opiniones, significados y acontecimientos ocurridos durante el diseño en sus dos fases y la implementación del programa en el contexto institucional tanto de la Secretaría Distrital de Salud como de las Empresas Sociales del Estado y los equipo de profesionales encargados de la ejecución. El contacto directo y personal en una conversación con los informantes permitió el análisis de sus vivencias y percepciones sobre el programa, en su propio lenguaje y dentro de la realidad propiamente vivida, la cual de alguna manera se proyectó en sus informes de gestión.

### **5.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Los instrumentos de recolección de la información utilizados fueron contruidos para la descripción del diseño e implementación de Tú Vales y fueron de dos tipos: los primeros fueron contruidos para hacer la recolección de la información de la descripción del diseño con evaluación Ex Ante y de la

implementación a gran escala de Tú Vales; los segundos fueron contruidos para sistematizar y analizar la información obtenida bajo las categorías y subcategorías predefinidas y descritas anteriormente.

**5.4.1. Fichas de recolección de la información para la Técnica de Revisión Documental y entrevistas semi estructuradas.**

Las fichas de recolección de la información se debieron diferenciar de acuerdo a su contenido, una para la descripción del diseño con evaluación Ex Ante y de la implementación a gran escala y otra para la gestión del diseño con evaluación Ex Ante y de la implementación a gran escala de Tú Vales. Estas fichas permitieron organizar la información obtenida de las revisiones documentales (Figura 2 a la 4).

Para el caso de las entrevistas semiestructuradas, se contó con una guía de preguntas orientadoras (Ver tabla 1) que buscaban profundizar los aspectos de la gestión que no se encuentran documentados como también de algunos elementos pertenecientes a las categorías de descripción del programa. De Igual manera, también se tuvo en cuenta que la técnica de entrevista semiestructurada no requiere como tal de un guión, y en este sentido las preguntas solo permitieron profundizar en los aspectos mencionados durante la conversación sin limitar la historia y la secuencia de cómo los participantes contaban su experiencia en el programa. Dichas entrevistas se transcribieron tal cual el orden y la secuencia como se presentaron en la conversación con cada actor (Figura 2 a la 4).

*Figura 2 Ficha de recolección de la información para la Técnica de Revisión Documental.*

<b>CATEGORÍA:</b>	<b>PALABRAS CLAVES:</b>
<b>SUBCATEGORÍAS:</b>	
<b>DESCRIPCIÓN:</b>	
<b>LOCALIZACIÓN:</b>	
<b>CODIFICACIÓN:</b>	
<b>CONTENIDO:</b>	
<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b>	

Figura 3. Ficha de consolidación de la información con la Técnica de Revisión documental.

Objetivos	Categorías predefinidas	Subcategorías	Sistematización por nombre de documento

Figura 4. Matriz de Sistematización entrevista semiestructurada

Objetivo	Categoría Predefinidas	Subcategoría	Preguntas orientadoras según categoría	Sistematización por entrevistado

Tabla 1. Guía de preguntas orientadoras entrevistas sobre la Gestión del programa Tú Vales

<b>Categorías Predefinidas</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Preguntas Orientadoras según categorías</b>
<b>Diseño Fase 1 (2003-2004)</b>	<b>Macrogestión Política-Ciudadana</b>	1. ¿Cuáles fueron los pasos o decisiones o motivaciones previos que llevaron a tomar la decisión del diseño del programa? (Justificación)  2. ¿Cuál era el contexto Político existente para el diseño del programa?
	<b>Macrogestión Organizacional</b>	3. ¿Cómo el ente rector definió y desarrolló capacidades organizacionales requeridas para participar en el diseño del programa? (Pregunta que puede exponerse en la entrevista si no es respondida)  4. ¿Cómo el ente rector definió las instituciones que participarían en el diseño del programa?(Pregunta que puede exponerse en la entrevista si no es respondida)
	<b>Macrogestión Programática</b>	5. ¿Por qué el modelo ABC se plantea para intervenir a la comunidad?  6. ¿Cuáles son los insumos (recursos físicos, materiales, humanos), procesos, productos, resultados e impactos que se planearon inicialmente?

<b>Categorías Predefinidas</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Preguntas Orientadoras según categorías</b>
	<b>Mesogestión Política-Ciudadana</b>	<p>7. ¿Cómo los entes locales implementan los acuerdos con el ente rector en cuanto asignación de recursos económicos, apoyo político y social para crear valor público?</p> <p>8. ¿Cómo el ente local genera compromisos asigna responsabilidades y alianzas para la garantía del diseño del programa?</p>
	<b>Mesogestión Organizacional</b>	<p>9. ¿Cuál era el papel del ente local para lograr la participación de los actores institucionales y comunitarios en el diseño del programa?</p> <p>10. ¿Cómo el ente local garantiza las capacidades y conocimientos del recurso humano para su participación del diseño del programa?</p> <p>11. ¿Cómo el ente local contribuyó a las la asitencia y participación de las instituciones y actores sociales en el diseño del programa?</p>
	<b>Mesogestión Programática</b>	<p>12. ¿Cómo el ente local adopta las operaciones necesarias para llevar el programa a la práctica (los insumos (recursos físicos, materiales, humanos), procesos, productos, resultados e impactos)?</p> <p>13. ¿Cómo el ente local oferta y legitima el programa en la comunidad?</p>
	<b>Microgestión Política-Ciudadana</b>	<p>14. ¿Cómo el equipo de Tu Vales define las estrategias comunicativas o informativas para incentivar la participación de los actores comunitarios en el diseño del programa?</p>
	<b>Microgestión Organizacional</b>	<p>15.¿Cómo el equipo de Tu Vales define y garantiza los compromisos con la comunidad e instituciones que participan en el programa?</p> <p>16.¿Cómo generan acuerdos de proceso con la comunidad y las intituciones para cumplir el objetivo y el propósito del programa?</p> <p>17. ¿ Cómo el equipo Tu Vales y la comunidad define y garantiza los recursos o insumos necesarios para cumplir con cada una de las sesiones del programa?</p> <p>18. ¿Cómo el equipo de Tu Vales define con la comunidad y las instituciones los espacion de ejecución?</p>
	<b>Microgestión Programática</b>	<p>19. ¿Cuál era la cobertura directa que exigía el programa y qué dificultades surgían para sostenerla?</p>

Categorías Predefinidas	Subcategoría	Preguntas Orientadoras según categorías
		20. ¿Cómo el equipo Tu Vales garantizó las operaciones necesarias para llevar el programa a la práctica (los insumos (recursos físicos, materiales, humanos), procesos, productos, resultados e impactos)?
<b>Diseño Fase 2 (2005-2007)</b>	<b>Macrogestión Política-Ciudadana</b>	21. ¿Cuáles fueron las razones de Evaluación de Costo resultado? Y el ajuste del enfoque del diseño del programa en el marco de esta evaluación?
	<b>Macrogestión Organizacional</b>	22. ¿Cómo el ente rector definió y desarrolló capacidades organizacionales requeridas para participar en el diseño del programa? (Pregunta que puede exponerse en la entrevista si no es respondida) 23. ¿Cómo el ente rector definió las instituciones que participarían en el diseño del programa?(Pregunta que puede exponerse en la entrevista si no es respondida)
	<b>Macrogestión Programática</b>	24. ¿Cómo el ente rector legitima la intervención en la comunidad?(Pregunta que puede exponerse en la entrevista si no es respondida)
	<b>Mesogestión Política-Ciudadana</b>	25. ¿Cómo los entes locales implementan los acuerdos con el ente rector en cuanto asignación de recursos económicos, apoyo político y social para crear valor público? 26. ¿Cómo el ente local genera compromisos asigna responsabilidades y alianzas para la garantía del diseño del programa?
	<b>Mesogestión Organizacional</b>	27. ¿Cuál era el papel del ente local para lograr la participación de los actores institucionales y comunitarios en el diseño del programa? 28. ¿Cómo el ente local garantiza las capacidades y conocimientos del recurso humano para su participación del diseño del programa? 29. ¿Cómo el ente local contribuyó a las la asitencia y participación de las instituciones y actores sociales en el diseño del programa?
	<b>Mesogestión Programática</b>	30. ¿Cómo el ente local adopta las operaciones necesarias para llevar el programa a la práctica (los insumos (recursos físicos, materiales, humanos), procesos, productos, resultados e impactos)? 31. ¿Cómo el ente local oferta y legitima el programa en la comunidad?
	<b>Microgestión Política-Ciudadana</b>	32. ¿Cómo el equipo de Tu Vales define las estrategias comunicativas o informativas para incentivar la participación de los actores comunitarios en el diseño del programa?

<b>Categorías Predefinidas</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Preguntas Orientadoras según categorías</b>
	<b>Microgestión Organizacional</b>	<p>33. ¿Cómo el equipo de Tu Vales define y garantiza los compromisos con la comunidad e instituciones que participan en el programa?</p> <p>34. ¿Cómo generan acuerdos de proceso con la comunidad y las instituciones para cumplir el objetivo y el propósito del programa?</p> <p>35. ¿Cómo el equipo Tu Vales y la comunidad define y garantiza los recursos o insumos necesarios para cumplir con cada una de las sesiones del programa?</p> <p>36. ¿Cómo el equipo de Tu Vales define con la comunidad y las instituciones los espacios de ejecución?</p>
	<b>Microgestión Programática</b>	<p>37. ¿Cuál era la cobertura directa que exigía el programa y qué dificultades surgían para sostenerla?</p> <p>38. ¿Cómo el equipo Tu Vales garantiza las operaciones necesarias para llevar el programa a la práctica (los insumos (recursos físicos, materiales, humanos), procesos, productos, resultados e impactos)?</p>
<b>IMPLEMENTACIÓN (2007-2012)</b>	<b>Macrogestión Política-Ciudadana</b>	<p>39. ¿Qué diferencias del apoyo social, apoyo político y económico existieron entre los gobiernos de Bogotá sin indiferencia, Bogotá positiva y Bogotá humana?</p> <p>40. ¿Cuáles fueron las acciones que realizó la SDS para garantizar el apoyo político y social y asignar los recursos durante la implementación del programa? (observar necesidad de aclarar por periodo de gobierno)</p>
	<b>Macrogestión Organizacional</b>	<p>41. ¿Cómo se realizó el ejercicio de planeación de la implementación del programa a nivel distrital?</p> <p>42. ¿Qué procesos se adoptaron para garantizar la contratación y las capacidades del talento humano?</p> <p>43. ¿Qué procesos se adoptaron para adquirir y usar los recursos físicos y económicos?</p> <p>44. ¿Cómo verificaron el cumplimiento de los objetivos establecidos en la planeación?</p>
	<b>Macrogestión Programática</b>	<p>45. ¿Cómo el ente rector define la participación de los actores institucionales y sociales para implementar el programa?</p>

Categorías Predefinidas	Subcategoría	Preguntas Orientadoras según categorías
		46. ¿Cómo el ente rector define y socializa la cadena de entrega (eficacia, eficiencia, calidad) del programa?
	<b>Mesogestión Política-Ciudadana</b>	47. ¿Cómo los entes locales participan en la generación de acuerdos con el ente rector en cuanto asignación de recursos económicos, apoyo político y social para implementar el programa en el contexto socio-político-económico de influencia?  48. ¿Cómo el ente local genera compromisos, asigna responsabilidades y alianzas con instituciones y organizaciones sociales para la garantía de la implementación del programa?
	<b>Mesogestión Organizacional</b>	49. ¿Cómo el ente local adoptó la estructura organizacional (rubro, talento humano requerido, insumos, procesos administrativos, procesos de monitoreo y evaluación de resultados) en coherencia con su misión organizacional para la implementación del programa?  50. ¿Cómo el ente local garantiza las capacidades y conocimientos del recurso humano para su participación en la implementación del programa?
	<b>Mesogestión Programática</b>	51. ¿Cómo el ente local adopta las operaciones necesarias para llevar el programa a la práctica (los insumos (recursos físicos, materiales, humanos), procesos, productos, resultados e impactos)?  52. ¿Cómo el ente local evalúa los resultados y define el valor público obtenido?
	<b>Microgestión Política-Ciudadana</b>	53. ¿Cómo el equipo de Tu Vales define las estrategias comunicativas o informativas para incentivar la participación de los actores comunitarios en la implementación del programa?  54. ¿Cuál fue el alcance de la participación de la comunidad en definir el contenido de las acciones que se realizaron durante la implementación del programa?
	<b>Microgestión Organizacional</b>	55. ¿Cómo generan acuerdos de proceso con la comunidad y las instituciones para cumplir el objetivo y el propósito del programa?  56. ¿Cómo el equipo Tu Vales y la comunidad define y garantiza los recursos o insumos necesarios para cumplir con los procesos durante la implementación del programa?  57. ¿Cómo el equipo de Tu Vales define con la comunidad y las instituciones los espacios de implementación?

<b>Categorías Predefinidas</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Preguntas Orientadoras según categorías</b>
	<b>Microgestión Programática</b>	<p>58. ¿Cómo se garantizaba la cobertura exigida y cómo se garantizaba la sostenibilidad de los grupos abordados?</p> <p>59. ¿Qué situaciones por parte del equipo interdisciplinario generaban mayor ó menor adherencia a las acciones del programa? Cuáles por parte de la comunidad?</p>

#### **5.4.2. Matriz de Sistematización de entrevistas semiestructuradas y revisión documental.**

Las matrices de sistematización de las entrevistas y la revisión documental construidas permitieron organizar la información obtenida, una matriz para la descripción y otra para la gestión. A través de la codificación de los textos, frases y anécdotas, se organizaron una a una las respuestas obtenidas por las diferentes fuentes en cada categoría predefinida. En estas matrices se organizaron las fuentes de información, a quienes se les dio un código alfanumérico que permitiera a los autores identificar la fuente de la información y su alcance en la descripción del diseño (por fases), la implementación y gestión en el programa (Figura 3 y 4)

#### **5.4.3. Matriz 2: Codificación y Categorización emergente**

Esta matriz se diseñó para realizar el análisis de los datos en la identificación de nuevos códigos y su agrupación en categorías emergentes que no se hubieran determinado previamente a la recolección de la información. Dicho análisis de reconstrucción se realizó para la información obtenida básicamente de la gestión que orientara la identificación de factores que limitaron ó dificultaron la sostenibilidad de Tú Vales a través del tiempo durante su implementación a gran escala (Ver Figura 5).

*Figura 5. Matriz de Codificación y Categorización de la información obtenida*

Objetivo	Categorías predefinidas	Subcategoría	Códigos emergentes relacionados con la sostenibilidad	Categorías emergentes relacionadas con la sostenibilidad

## 5.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Durante la recolección de la información se tuvieron en cuenta los siguientes procedimientos de organización y manejo de la información que de manera alterna permitieron la misma captación y sistematización de la información. Dicho ello, dieron garantía del manejo pertinente de la información requerida de la siguiente manera:

- Se realizó la búsqueda de documentos oficiales y bibliografía publicada frente a los antecedentes, el diseño y la implementación a gran escala.
- Se abrió una carpeta con las fichas de la revisión documental para así lograr ordenar y controlar los archivos revisados. Una vez realizada la búsqueda se organizó la información de acuerdo a lo establecido y se codificó para luego sistematizarla en la ficha de revisión bibliográfica diseñada.
- Se retomó la matriz de sistematización por categorías para verificar que información no se había logrado adquirir y así completar la codificación y sistematización
- Se codificaron las unidades de texto y se elaboró el instrumento de sistematización para las entrevistas semiestructuradas realizadas.
- Se definió la pertinencia del número de encuentros con los informantes según la necesidad de saturar la información obtenida de las entrevistas, identificándose que no era necesario en la medida de que la información se saturó con diversos actores y documentos.
- Se aplicó nuevamente el instrumento de sistematización y se transcribieron las entrevistas respectivas para completar las matrices de codificación y categorización. Mediante el trabajo de campo con grabaciones, transcripción escrita y archivos en magnético que sirven de soporte, todos debidamente identificados.
- Finalmente se repitió el procedimiento hasta triangular la información y saturar las categorías predefinidas. El proceso de triangulación, permitió alcanzar la veracidad de la información según Stake (1994), identificando la información repetida ofrecida por los diferentes informantes y la triangulación entre lo identificado por los investigadores con la información facilitada por diferentes

fuentes (documentos y opiniones), pero además permitió identificar la saturación de la información requerida para el cumplimiento de los objetivos planteados.

- Por último se realizan los análisis y discusión de los resultados.

## **5.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Los hallazgos de la recolección de la información se codificaron en categorías y en subcategorías de análisis lo cual permitió la organización y presentación de los resultados.

Sin embargo, es necesario precisar que dicha información recolectada desde la revisión documental, se organizó y recolectó con base en las subcategorías propuestas de los niveles y campos de la gestión de Salud Pública con el fin de orientar los resultados a la identificación de los factores asociados a la sostenibilidad del programa Tú Vales a través del tiempo y por consiguiente se definieron las nuevas categorías resultado que permitió comprender dichos factores. Se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos durante al análisis de la información:

- Se sistematizó la información obtenida de la revisión documental en términos de las categorías y subcategorías predefinidas en las matrices mencionadas. A través de dicha sistematización se logró hacer visible la triangulación y saturación de los elementos que se compartían para la descripción del programa durante las dos fases del diseño y la implementación a gran escala. De igual manera, la sistematización en estas matrices de las categorías y subcategorías predefinidas para la descripción de la gestión permitieron triangular y saturar la información según lo identificado en los documentos.
- Se realimentó y analizó al interior del equipo de investigadores sobre lo identificado durante la sistematización de la revisión documental y a partir de ello se direccionaron las entrevistas para identificar información que requirió profundizarse y/o faltante, así como también se reorientó a segundas revisiones documentales que complementen la información requerida para el análisis.
- Se sistematizó la información obtenida de las entrevistas en términos de las categorías y subcategorías predefinidas en las matrices mencionadas. A través de dicha sistematización se logró hacer visible la triangulación y saturación de los elementos que se compartían para la descripción del programa

durante las dos fases del diseño y la implementación a gran escala. De igual manera, la sistematización en estas matrices de las categorías y subcategorías predefinidas para la descripción de la gestión permitieron triangular y saturar las acciones que se realizaban según lo mencionado por los y las participantes.

- Se analizó la información a través de la revisión horizontal de las categorías y subcategorías contenidas en las matrices, y de allí en el proceso de reconstrucción de los datos, se le dio forma y redacción para incluirlas en los resultados descritos en el aparte de su nombre. Dada la saturación de la información requerida para la descripción de la gestión, se buscó la identificación de elementos comunes que se compartieran en todos los niveles y campos que facilitarían o dificultarían la sostenibilidad del programa a través del tiempo de acuerdo a lo revisado en el marco teórico. Dichos elementos se codificaron y se agruparon para nombrar los factores relacionados con la sostenibilidad a través del tiempo.

## 5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proceso de recolección de datos, análisis de información e interpretación de la realidad expresada por los informantes implicó la observación de historias personales, de memorias y vivencias individuales y colectivas. A razón de esto, se asumió la responsabilidad y compromiso público que toda investigación genera con la comunidad de participantes conforme a lo establecido por los acuerdos internacionales y la Resolución 8430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Protección Social. En este sentido, los criterios éticos tenidos en cuenta para el presente trabajo fueron:

- **Autonomía**, expresada mediante el derecho de los participantes a decidir participar en la investigación.
- **Confidencialidad**, expresada bajo el derecho a la intimidad y al deber de mantener el anonimato de los y las informantes que participaron en la investigación.
- **Equidad y compromiso**, expresados mediante el trato justo en términos de participación y de los beneficios como riesgos que conlleva dicho ejercicio. Para esta investigación se brinda en términos

de equidad la posibilidad de verificar como de recibir la información y resultados a los cuales los participantes aportaron desde su vivencia y experiencia en el diseño e implementación del programa.

- **Beneficios**, que tuvieron los participantes en este estudio fueron: poder narrar, describir, por medio de entrevistas semi estructuradas, su experiencia dentro del proceso de diseño e implementación a gran escala del programa Tú Vales; ser actores sociales activos que aporten información para que a partir de ésta se construyan, ajusten y/o modifiquen políticas y programas en salud pública que aporten al mejoramiento de la calidad de vida y salud.
- **Riesgos**, en este estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y entrevistas semi estructuradas que no intervienen ó modifican intencionadamente variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales, ni afectación de los patrones de conducta de los individuos que participaron. Cada participante fue libre y autónomo de participar en este estudio, así como también de elegir voluntariamente su participación en la investigación y/u omitir aspectos que le afectaran en su integridad. Por lo cual esta es una investigación sin riesgo. No se conoce ningún riesgo físico ó mental por el hecho de participar en este estudio.
- **Consentimiento Informado**, se llevó a cabo por medio de varios momentos: el primero fue el envío de la invitación a participar vía correo electrónico en la cual los participantes que decidieron aceptar se comunicaron con los investigadores de este estudio. El segundo momento fue a través del contacto telefónico para establecer el lugar de encuentro para el desarrollo de las entrevistas. El tercer momento fue a través de un documento en donde el participante accedió a participar dentro de la investigación en donde se reconfirma el objetivo de la investigación, procedimientos, riesgos y beneficios (Ver Anexo 1).

## 6. RESULTADOS

Tú Vales es un programa comunitario que, a través de un acróstico, se refiere a sus contenidos de: Vive mejor, Aliméntate saludablemente, Lidera cambios, Ejercítate con frecuencia, y Sé feliz. Los resultados identificados evidencian la descripción de este programa a través de las siguientes categorías:

- 1. Categoría de Descripción del Diseño del Programa Tú Vales**, la cual se retoman los elementos que permiten identificar el contexto político, la visión general del programa y la cadena de valor/resultados
- 2. Categoría de Descripción de la Implementación a gran escala del programa Tú Vales**, en la cual se retoman los elementos de ajuste al diseño para su implementación a gran escala y los elementos de la cadena de entrega del programa
- 3. Categoría de Gestión durante el diseño e implementación de Tú Vales**, en las cuales se retoman los resultados codificados en el marco de las acciones de la gestión en salud pública para identificar factores que posibilitaron ó limitaron el diseño y la implementación del programa.

### 6.1. CATEGORÍA: DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA TÚ VALES

El diseño del programa Tú Vales se presenta a continuación a partir de los elementos contemplados en el marco conceptual de este estudio, tanto para la descripción como para la gestión realizada durante el diseño del programa en sus dos momentos ó fases: la primera fase de diseño hace alusión al estudio piloto ó evaluación de efectividad de la intervención en el área demostrativa Santa fe durante el periodo 2003-2004; la segunda fase se refiere a la evaluación del programa (evaluación ex ante de efectividad, de proceso, y de costo-resultado) realizada en cuatro localidades de Bogotá (Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Santa fe) durante el periodo 2005-2007.

Para la descripción de esta categoría se revisaron siete documentos con sus respectivos anexos obtenidos a partir de consulta en bases de datos en línea como Lillacs, Medline, ScieneDirect y Cochrane que contenían la sistematización de la primera y segunda fase del diseño del programa; en ellos se analizaron 44 unidades de texto. Adicionalmente, se realizaron 3 entrevistas a actores investigadores participantes de las cuales se analizaron 22 unidades de texto transcrito que permitieron hacer la triangulación de la información contenida en los documentos y alimentarse de la experiencia de quienes experimentaron la construcción e implementación del diseño del programa en su etapa de formulación y diseño.

### 6.1.1. Fase 1 de Diseño y Evaluación de Efectividad de “Tú Vales- Estudio Piloto”

De acuerdo a la revisión documental y las entrevistas realizadas, para evaluar el programa Tú Vales se planteó un estudio para definir una intervención comunitaria no aleatorizada en tres etapas: diseño, implementación y evaluación (cuantitativa y cualitativa). Dichas etapas fueron simultáneas, implicando la construcción conjunta de la intervención, los materiales, el desarrollo y la evaluación con la comunidad participante.

#### **Visión general del programa - contexto político en el cual se diseña Tú Vales**

El contexto político en el cual se diseñó el programa Tú Vales implicó la alineación de diferentes intereses internacionales y de situaciones locales que requerían la formulación de políticas y programas enfocados a la prevención y la atención de las enfermedades crónicas en Bogotá.

Inicialmente, en el marco internacional y regional se identificó una problemática que no solo afectaba a los países desarrollados, sino que también ya había incidido en la salud de las poblaciones de la región de Latinoamérica y el Caribe. Dicha problemática resaltaba la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles a las cuales se les brinda atención tradicionalmente a través de modelos enfocados hacia su tratamiento y control individual más que en sí a la prevención de ellas de manera poblacional.

*“Los modelos estudiados y conceptualizados de intervención en Salud Pública a través del tiempo han dicotomizado lo social y lo biológico, determinando los procesos de salud y enfermedad a relaciones causales. Esto particularmente a las Enfermedades Crónicas, en donde se ha puesto mayor énfasis en los factores de riesgo, alineándolos con los “estilos de vida”, sin tener en cuenta que algunas veces éstos no representan una elección consciente, ó que no siempre ocurren al azar. La preocupación por las enfermedades crónicas ha estado sustentada sobre todo en la doble carga que producen en tanto, por una parte afectan la productividad y la capacidad de los individuos de generar ingresos, y por otro lado, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud generalmente de alto costo”.*

En “Lineamientos de Política Pública Distrital de Condiciones Crónicas”, Secretaría Distrital de Salud. 2002

Lo anterior, motivó impactar a través de iniciativas, recomendaciones y declaraciones, emanadas básicamente desde la OMS y la OPS a la generación de estrategias integrales que fortalezcan la atención de las enfermedades crónicas tanto desde lo individual como lo poblacional. La iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles), promueve

un esfuerzo organizado de acción y cooperación para impactar las enfermedades crónicas a través del desarrollo, implementación, y evaluación de políticas y programas.

*“La finalidad de la Iniciativa CARMEN es mejorar la salud de las poblaciones en las Américas mediante la reducción de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles. CARMEN se esfuerza en desarrollar, implementar, y evaluar políticas encaminadas a reducir simultáneamente los factores de riesgo comunes de las ENT; la movilización social y las intervenciones comunitarias; los sistemas de vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo; las prácticas de prevención que ayuden a reducir las inequidades de salud”.*

En “CARMEN Una Iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles”, OPS/OMS. 2003

En Colombia, leyes como la Ley 9 de 1979, La Ley 100 de 1993, Acuerdo 23 de 1995, al 2003, entre otras, habían constituido un marco político en el cual se respaldaban las acciones de promoción de la salud en coherencia con el contexto internacional, entre las cuales estaban las acciones dirigidas al control de las Enfermedades Crónicas. Sin embargo, los programas y acciones habían sido aisladas, determinando la necesidad de una política integral que respalde las recomendaciones en su conjunto.

Aún sin política integral nacional, durante el Plan de Desarrollo de Bogotá “Para vivir todos del mismo lado” 2001-2004, en el cual se fijaron prioridades de inversión durante dicho periodo, se dio la posibilidad de que en Bogotá se iniciara un ejercicio de construcción de política pública distrital para atender la problemática de las Enfermedades Crónicas en el Distrito.

*“El propósito de las intervenciones planteadas en los Lineamientos de Política (2002), es la creación de entornos socioeconómicos, físicos y culturales que promuevan la salud y transformen la situación para que no interfieran con las posibilidades de realización personal y colectiva de un grupo o de la sociedad. Por lo tanto, define como propósito “Intervenir los determinantes de las Enfermedades Crónicas, como problema de salud pública para elevar así, la calidad de vida de la población”.*

En “Lineamientos de Política Pública Distrital de Condiciones Crónicas”, Secretaría Distrital de Salud. 2002

Concluida la fase de formulación de la política se inició el proceso de legitimación de la misma, y para ello requirió llevar las estrategias a la operación a través de la identificación y estudio de alternativas de solución, esto último en armonía con la iniciativa CARMEN, por tanto se definió un área demostrativa para la implementación y valoración de efectividad de estas intervenciones, previo a su masificación al resto de la ciudad

El área fue Santa Fe, una de 20 Localidades de Bogotá la cual se priorizó para el desarrollo de programas de prevención de enfermedades crónicas en tanto, esta localidad tuvo la mayor tasa de prevalencia de la enfermedad cardiovascular en Bogotá en 1999 (Lucumí y col., 2006). Cuatro barrios de la Localidad Santa Fe y organizaciones de la comunidad fueron seleccionados porque fueron priorizados por el gobierno para recibir los programas sociales. (Lucumí y col., 2006)

*"...había un antecedente de lo que fue el estudio y era lo que venía haciendo la Secretaria de Salud con respecto a los lineamientos de política pública de prevención de crónicas en el distrito, eh, digamos que esos lineamientos ya estaban definidos y como parte de esos lineamientos, también ya se habían tomado algunas decisiones que tenían que ver con el hecho de tener un área demostrativa, para prevención de crónicas en la ciudad. En ese contexto de prevención, de esas decisiones políticas que se habían tomado, se decidió que fuera Santa Fe la localidad en la cual se hiciera ese trabajo y Tunjuelito fuera esa área de control para esa área demostrativa que se quería constituir y había unas razones más epidemiológicas, por decirlo así, que habían llevado a que Santa Fe fuera esa localidad en términos básicamente de que tenía una mortalidad alta por esas condiciones, pero que adicionalmente, simulaba muy bien la composición de la ciudad en términos de sus estratos y esas características hacían a Santa Fe un buen lugar para hacer este proceso de llevar a cabo esta área demostrativa..."*

– Entrevistado 1

### **Visión general del programa - Justificación Del Diseño De Tú Vales**

Posibilitando el estudio de alternativas de solución en el marco de los lineamientos de política en coherencia con la intención internacional de la iniciativa CARMEN, la línea de base construida por la Secretaría de Salud identificó la prevalencia de las enfermedades crónicas, los factores relacionados con su morbimortalidad, como también de las experiencias de intervenciones sistematizadas que fueran coherentes con las estrategias propuestas en los lineamientos de política.

A través de esta evidencia, se determinó que no existían acciones multifactoriales documentadas que en el marco de los Lineamientos de Política dieran respuesta a la problemática de las Enfermedades Crónicas.

*"...básicamente un estudio de prevalencia, que se hizo en esa localidad para medir los factores de riesgo y básicamente lo que buscaba en ese estudio poblacional era poder usar esos datos para luego hacer seguimiento del impacto que tuvieran las intervenciones a futuro en esa localidad y también ver que tan efectivas estaban siendo..."*

- Entrevistado 1

*"Existe amplia evidencia de la asociación con las principales causas de mortalidad en la población general por las condiciones crónicas con patrones de exposición modificables; el consumo de cigarrillo, la inactividad física y los inadecuados patrones de alimentación,*

*incluyendo un bajo consumo de frutas y verduras... sin embargo, no se identificó evidencia sobre estudios y programas de intervenciones comunitarias en Latinoamérica; en Colombia se requiere de mayor evidencia con respecto a acciones comunitarias para promover el consumo de frutas y verduras y la actividad física que: 1) estén dirigidas a cuidadoras de hogar, 2) estén adaptadas a las características culturales de la población participante, 3) se desarrollen a gran escala, 4) involucren determinantes del contexto social y físico relacionados con las prácticas sociales de interés y, 5) se desarrollen en los ámbitos cotidianos en los cuales viven las mujeres y sus familias”.*

En “Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá”, Lucumí DI y Col. 2006.

Dados los resultados identificados y la poca evidencia ante intervenciones integrales que afecten las condiciones de vida de la población latinoamericana y particularmente de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud en convenio con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social FES, determinó la necesidad de construir una alternativa de solución que no estuviera ligada únicamente al tratamiento y control de tipo asistencial e individual de las enfermedades crónicas, sino que fuera una intervención integral en los niveles de promoción, prevención y tratamiento de abordaje individual y poblacional dirigida hacia la modificación de las condiciones de calidad de vida que de alguna manera determinan la prevalencia de las enfermedades crónicas.

*“...lo que seguía era pensar el tipo de intervenciones que se debía desarrollar y uno de los aspectos era que tenían que ser intervenciones poblacionales y no a nivel individual centradas en los servicios de salud, la perspectiva comunitaria era muy relevante, en ese contexto de esas decisiones...”*

– Entrevistado 1

*“Para evaluar la eficacia de tres intervenciones y para aprender acerca de los problemas logísticos antes de iniciar una intervención a gran escala, se realizó un estudio piloto en cuatro barrios de la localidad Santa fe en Bogotá”.*

En “Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá”, Lucumí DI y Col. 2006.

### **Visión general del programa - Descripción Del Fundamento Teórico De Tú Vales**

El marco teórico contemplado para la intervención de Tú Vales, retoma los modelos de intervención socio-ecológicos en donde los comportamientos de las personas son influenciados por conductas, factores personales y factores ambientales, y en este sentido se identifican diferentes niveles de intervención: el personal ó individual, el contexto barrial y el contexto local.

*“Hay unos elementos allí en que eran claros y en términos de referentes de lo que era lo comunitario, se había hecho una revisión de las intervenciones comunitarias en los Estados Unidos, los grandes estudios que se habían hecho de prevención de cardiovasculares, ese era un referente de cómo pensarse lo comunitario, allí había una discusión bien importante que todavía subsiste es que uno tiene que tratar lo comunitario como escenario geográfico. Lo comunitario como los procesos y los vínculos y las identidades que comparten las personas en un momento dado, esas estudios que venían de las década de los 70’s y 80’s veían lo comunitario como escenario geográfico y no necesariamente abordaban las relaciones sociales, entonces había esa tensión, de la definición de comunitario.”*

- Entrevistado 1

*“A fin de orientar la intervención en la comunidad, se construyó un modelo compuesto por tres niveles: los individuos, barrios y localidades. El estudio piloto se centró en investigar en el nivel individual”.*

En “Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá”, Lucumí DI y Col. 2006.

Con base en la teoría cognitiva social para guiar la intervención, se identificaron varios conceptos y sus implicaciones en las acciones de Tú Vales, entre ellas, el apoyo social de las familias y los tenderos para contar con un *ambiente favorable*; una *situación* que permita corregir precepciones erróneas frente al consumo de frutas y verduras, la práctica de la actividad física y la exposición al humo; actividades que fortalezcan las *capacidades comportamentales* de las participantes acerca de la selección, compra y preparación de frutas y verduras, promover hogares libres de humo, y la participación en la actividad física diaria; *aprendizaje a través de la observación* que permita el desarrollo de habilidades a través de maestros u otros cuidadores; *determinismo recíproco* con el cual se logre la promoción de comportamientos entre cuidadores domiciliarios y se promuevan las prácticas con familiares, compañeros, y tenderos en diferentes entornos (Lucumí y col., 2006).

De acuerdo a lo anterior y sumado a los tres niveles de intervención propuestos, se construye un modelo de intervención comunitario para promover el consumo de frutas y verduras, los espacios libres de humo y la actividad física en diferentes niveles (Ver Figura 5).

### **Visión general del programa - Población Beneficiaria de Tú Vales**

La población a la cual se dirigió la intervención estuvo conformada por mujeres cuidadoras de hogar, porque:

i. El estudio de línea de base identificó que las diferencias de prevalencia de los factores de riesgo sostienen las diferencias de prevalencia de enfermedades crónicas entre el género masculino y femenino, por tanto mantiene las desigualdades entre estos. En este sentido, se orienta la intervención hacia la mujer con enfoque de género.

ii. Las mujeres cuidadoras de hogar tienen mayor potencial para multiplicar las prácticas en los integrantes de su familia, y en este sentido, la intervención orientada al rol de cuidadora de hogar permite la multiplicación de las capacidades y prácticas desarrolladas con sus esposos, hijos y vecinos.

*"...a quien dirigir? A la población de adultos o a quién? Quien podía ser más estratégico en grupo intervenido, entonces una consideración que se hace es porque no pensar en un grupo per se con factores de riesgo importantes pero puede adicionalmente facilitar la adopción de comportamientos saludables de la población, es allí donde surge el concepto de cuidadoras de hogar pensando que ellas podían por sus roles promover comportamientos saludables..."*

– Entrevistado 1

*"Para este estudio, se definió un cuidador como cualquier mujer de 18 a 60 años que había vivido en Santa Fe durante 1 año o más y que tenga a su cuidado niños menores de 15 años por lo menos 12 meses en su residencia o vecindad local. Las mujeres que informaron discapacidades físicas o mentales graves fueron excluidas del estudio".*

En "Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá", Lucumí DI y Col. 2006.

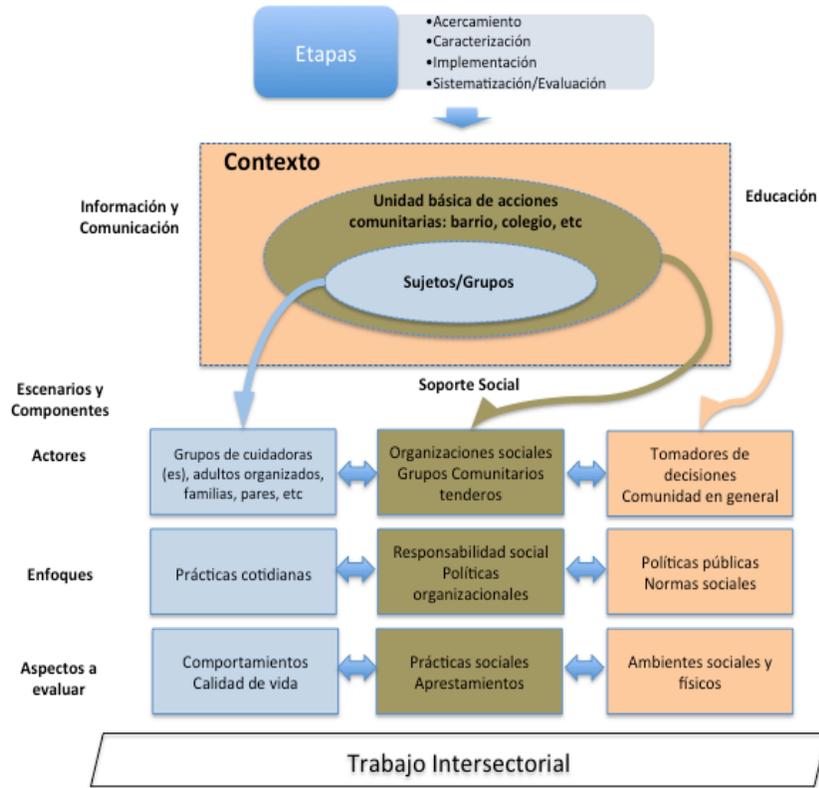


Figura 5. Modelo comunitario para promover el consumo de frutas y verduras, actividad física y espacios libres de humo en la comunidad entre cuidadores de hogar, Bogotá, Colombia, 2003.

## Reconstrucción de la Cadena de Valor/Resultados

### A. Insumos para la implementación del programa en la fase 1 de Diseño

Respecto a los insumos, la información obtenida determinó que se fueron construyendo y complementando en la medida de que se avanzaba en el estudio. La elaboración de los materiales fue más constructiva que definitiva, en tanto, cada material que se usara en el programa fue predefinido y piloteado, debía tener convalidación de la comunidad para aceptarse como material de uso para la implementación del diseño. Se trabajó sobre el mercadeo social, que implicaba no solo la orientación de las intervenciones sino que además influyó en la construcción de estos materiales de trabajo.

“...implicaba una etapa de pre diseño e implicaba a todo el equipo que revisáramos cada pieza, cada contenido, la construcción de las guías de trabajo implicó toda una discusión de que

*elementos debía tener eso para facilitar que una persona pudiera desarrollarlas, luego se hacían los ajustes y se hacía un acuerdo frente a ese pre diseño se llevaba a una prueba piloto con grupo de mujeres en santa fe, se discutía con ellas... ellas hacían observaciones se hacían ajustes, se volvía a revisar, cada pieza de Tú Vales fue una ida y venida, tanto del equipo de FES como de la comunidad que hacía la validación...”*

– Entrevistado 1

Se identificaron materiales para el componente de información y comunicación que implicó cierta reproducción impresa:

En “Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá”, Lucumí DI y Col. 2006.

- Información impresa sobre los beneficios de comer frutas y verduras
- Recetas que incorporan frutas y verduras para que puedan aumentar su ingesta alimentaria
- Información impresa sobre el efecto nocivo de fumar de primera y segunda mano
- Materiales informativos sobre los beneficios de la actividad física
- Material informativo sobre cómo maximizar su actividad física y cómo utilizar los lugares y las oportunidades de sus rutinas diarias para estar físicamente activo

Si bien el proceso de diseño de los materiales fue importante para lograr los objetivos del programa, el mercadeo social también buscó no solamente definir las estrategias para incidir en los conocimientos de las mujeres, sino también en hacerlos llamativos y coherentes con el contexto de las mujeres que los recibirían (Ver Figuras 6, 7, 8, y 9).

*“...Estaba el tema de que el mercadeo social fue un referente importante en la estructuración del estudio, entonces eso daba pistas hay que hacer esto atractivo...”*

– Entrevistado 1

Se identificaron como insumos e infraestructura en la ejecución de los procesos: Fichas para los orientadores, Fichas de recordación, Fichas de trabajo en casa, espacios comunitarios concertados para el desarrollo de las sesiones. Sin embargo, las fichas orientadoras también incluían unos materiales e insumos mínimos para el desarrollo de los contenidos en las sesiones y que se incluía la consecución de ellos durante la negociación de acuerdos con los grupos comunitarios.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. *“Estudio Tu Vales”*. Informe Final”, FES, 2008

Para las sesiones de Consumo de frutas y verduras

- Jabón de manos y loza.
- Mantel plástico.
- Implementos de cocina y alimentos para realizar la preparación de la sesión.
- Toallas absorbentes y cepillo de manos
- Canasto
- Frutas y verduras según tema y en acuerdo con las participantes

Para las sesiones de Actividad Física

- Camiseta
- Grabadora
- Cartulina.
- Colores y marcadores.
- Cinta de enmascarar
- Mancuernas hechas con frascos desocupados llenos de arena
- Caucho quirúrgico

Para las sesiones de Lidera cambios

- Pliego de papel.
- Marcadores de colores
- Papel

Finalmente se identificó un talento humano necesario para el desarrollo de la intervención:

*“Un nutricionista (para las sesiones de frutas y verduras), un trabajador social (para sesiones de hogares libres de humo), y fisioterapeuta (para sesiones de actividad física).”*

En “Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá”, Lucumí DI y Col. 2006.



*Figura 6. Modelo de Carátula De Folder, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales.*

*Bogotá, 2005-2007. Tomado de SDS, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011*



Figura 7. Ejemplo De Separador al interior del Folder, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007. Tomado de SDS, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011

**FICHA DE RECORDACION No.3**  
**LA CAMINATA EN TIEMPO LIBRE Y COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

**Caminar es:**

-  Una excelente forma de hacer actividad física, provee beneficios al corazón y a los músculos. Produce poco impacto en las articulaciones lo cual nos protege de lesiones.
-  Un ejercicio simple que todos podemos realizar,
-  muy conveniente para personas que permanecen ocupadas ya que puede ser realizado como medio de transporte y permite aprovechar espacios cercanos al lugar de trabajo o al hogar.

**Antes de salir a caminar debes tener en cuenta estas recomendaciones:**

- Procurar usar zapatos suaves.
- Procurar usar ropa cómoda y apropiada, según el tipo de clima.
- Caminar lento durante el calentamiento, luego incrementar gradualmente la velocidad.
- Mantener una buena postura mientras caminas.
- El movimiento al caminar debe ser de talón a dedo.
- Intentar caminar diariamente.



**Siempre debes hacer una sesión de estiramiento después de caminar, mientras tus músculos estén todavía calientes. Recuerda tomar líquido antes, durante y después de realizar cualquier actividad física.**

Figura 8. Ejemplo de Ficha De Recordación En Casa, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007. Tomado de SDS, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011

**TRABAJO EN CASA No.1**

Trae escrita una receta casera (no copiar de libros) que incluya como principales ingredientes: verduras y frutas. Para ello debes anotar los datos que se te piden en el siguiente formato:

Nombre de quien trae la receta: \_\_\_\_\_

Nombre de la receta: \_\_\_\_\_

Número de personas para las que alcanza: \_\_\_\_\_

Cuales frutas y verduras incluye en la receta: \_\_\_\_\_

INGREDIENTES	CANTIDAD DE CADA INGREDIENTE

Forma de preparación: \_\_\_\_\_

Con que alimentos acompañas esta preparación: \_\_\_\_\_

Figura 9. Ejemplo de Ficha De Tareas En Casa, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007. Tomado de SDS, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011

**B. Procesos para la implementación del programa en la fase 1 de Diseño**

La implementación de los tres componentes abordados para la promoción de las prácticas saludables se dio de la siguiente manera:

- Información y comunicación en la cual se indaga y profundiza en el conocimiento de las participantes mediante el uso del material informativo y estrategias comunicativas.

- La educación que fortalece las capacidades de la comunidad para la toma de decisiones a través del desarrollo de unos contenidos básicos sobre el consumo de frutas y verduras, los espacios libres de humo y la promoción de la actividad física.
- El soporte social con el cual se espera promover la participación de las redes de apoyo primarias durante las intervenciones. Dicho proceso se estructuró con la comunidad tanto en el número de sesiones ó encuentros como en los contenidos.

Se realizaron 16 sesiones semanales (2 horas cada una) con tres grupos (Grupo A, B y C) con el fin de comparar la intervención con diferentes componentes e identificar el nivel de efectividad a través del cambio de comportamiento esperado en la población beneficiaria. Las sesiones de actividad física y las sesiones de hogares libres de humo se proporcionaron juntas en ocho sesiones, y las actividades de frutas y verduras se presentan en otras ocho sesiones. Respecto a cada práctica se evidenció lo siguiente:

### **Consumo de Frutas y Verduras**

Como parte del componente de información y comunicación, las mujeres recibieron información impresa sobre los beneficios de comer frutas y verduras, se les informó acerca de puntos de distribución y temporadas para comprar frutas y verduras frescas a bajo costo, recibieron recetas que incorporan frutas y verduras para que puedan aumentar su ingesta alimentaria. Como parte del componente de educación, las mujeres desarrollaron y crearon sus propias recetas en las sesiones.

Los grupos A y B recibieron también un componente de apoyo social, que consistía en la participación de los miembros de la familia o los compañeros durante las sesiones de grupo y una sesión con tenderos. Los tenderos fueron visitados por la nutricionista e invitados a participar en una sesión donde reciben información sobre su papel en la promoción de comportamientos saludables de alimentación en sus comunidades y discutir estrategias para promover el consumo de frutas y verduras, reducción del precio y el establecimiento de campañas dentro de la tienda para educar a los consumidores acerca de frutas y verduras en temporada.

## **Espacios libres de humo**

Desde el componente de información y comunicación, las mujeres recibieron información impresa sobre el efecto nocivo de fumar tanto de primera como de segunda mano, se incluyeron discusiones de grupo y el desarrollo de una obra de teatro relacionada con experiencias familiares y consumo de tabaco.

El componente de educación implicó capacitar a las participantes en estrategias para obtener acuerdos por escrito con los fumadores de la familia y restringir dicha práctica dentro de sus casas. Las mujeres del grupo A recibieron tres visitas domiciliarias adicionales para reforzar la importancia del acuerdo por escrito de no fumar en lugares cerrados en casa.

## **Promoción de la Actividad Física**

Como parte del componente de información y comunicación, las mujeres cuidadoras de hogar recibieron materiales informativos sobre los beneficios de la actividad física. Además, recibieron material informativo sobre cómo maximizar su actividad física y cómo utilizar los lugares y las oportunidades de sus rutinas diarias para estar físicamente activas. Las actividades de comunicación incluyen discusiones de grupo sobre los facilitadores y las barreras a la actividad física.

Las mujeres del grupo A completaron un cuestionario vía telefónica para la identificación de las barreras a la actividad física y la evaluación de los cambios en sus niveles de actividad. Después de identificar barreras y niveles, el educador proporciona directrices para la superación de barreras y pasar al siguiente nivel.

Como parte del componente educativo, todas las mujeres participaron en sesiones de actividad física, incluyendo estiramiento, clases de baile y ejercicios de tonificación, aprenden a medir su ritmo cardíaco, las mujeres de los grupos A y B aprenden y llevan a la práctica la caminata a paso ligero en su barrio. Como parte del componente de apoyo social, las mujeres de los grupos A y B identificaron pares clave (familiares o amigos), y se invitaron a participar en las actividades educativas.

*“...se dedicó un buen tiempo para hacer la estructuración del programa, como decidir una serie de componentes y se reconoce la necesidad de incluir los aspectos que tienen que ver con el soporte social, con la educación con la comunicación con la necesidad de trabajar en diferentes*

*niveles, de reconocer si lo comunitario es importante también ver las redes interpersonales y con las personas y con sí mismas y ahí aparece la característica multinivel que tiene Tú Vales al menos en esos tres aspectos y se reconoce si se quiere trabajar en este aspecto hay aspectos que son importantes y que no se van a poder trabajar con la intervención, que están más allá del nivel comunitario, se dedica un esfuerzo importante a hacer esa conceptualización y cuáles son los referentes que van a guiar Tú Vales, los elementos en general se mantuvieron desde su concepción hasta las etapas posteriores...”*

– Entrevistado 1

### **C. Productos para la implementación del programa en la fase 1 de Diseño**

El producto del programa, se evidenció en los servicios ó sesiones entregadas a la comunidad para el cumplimiento del objetivo promover el consumo de frutas y verduras, actividad física y espacios libres de humo. Dicho producto entregado fueron 16 sesiones semanales (2 horas cada una). Las sesiones de actividad física y las sesiones de hogares libres de humo se proporcionaron juntas en ocho sesiones, y frutas y verduras actividades se presentan en otras ocho sesiones.

El grupo A de mujeres recibió la intervención grupal plus que contiene sesiones grupales de información, comunicación y educación, asesoramiento telefónico para la actividad física, visitas domiciliarias para promover hogares libres de humo, reconocimiento de lugares para la actividad física, participación de la familia o compañeros durante las sesiones grupales e intervención en tienda de comestibles.

El grupo B recibió la intervención estándar que se compone de sesiones grupales de información, comunicación y educación, reconocimiento de lugares para la actividad física y participación de la familia o compañeros durante las sesiones grupales e intervención en tienda de comestibles

El grupo C recibió la intervención parcial compuesta únicamente de las sesiones grupales de información, comunicación y educación.

*“Las mujeres cuidadoras participaron en la ejecución de 16 sesiones semanales (2 horas cada una). La actividad física y sesiones de hogares libres de humo se proporcionaron juntas en ocho sesiones, y frutas y verduras actividades se presentan en otras ocho sesiones”.*

En “Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá”, Lucumí DI y Col. 2006.

#### **D. Resultados para la implementación del programa en la fase 1 de Diseño**

Lucumí y col. (2006) definieron como resultados que las cuidadoras de hogar pueden ser sensibles a intervenciones comunitarias asociadas a la promoción de una alimentación saludable y de los acuerdos con miembros de la familia que fuman y se abstienen de fumar en el hogar, en tanto sensibles se refiere a que generaron cambios a corto y mediano plazo en prácticas que promueven la salud.

Durante las entrevistas personales, las mujeres completaron un cuestionario en tres ocasiones: antes de comenzar la intervención (línea de base), inmediatamente después de la intervención (a los 5 meses), y 2 meses después de la intervención (a los 7 meses). Los entrevistadores fueron entrenados por los investigadores principales, y el proceso de recolección de datos fue supervisado para identificar y evitar el sesgo del entrevistador. (Lucumí y col., 2006)

Los resultados se compararon entre la intervención plus y las intervenciones parciales, entre la primera medición y la segunda, y entre la primera medición y la tercera. En general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y los grupos de intervención parcial. (Lucumí y col., 2006)

De acuerdo a estas mediciones, en los resultados reportados se identificó que hubo un mayor aumento en el consumo de zumos de frutas del grupo C desde el inicio hasta 7 meses después en comparación con los grupos A y B. En todos los grupos también hubo un aumento significativo en el consumo diario de verduras o ensaladas de 44,1% inicial al 66,2% a los 5 meses y 64,7% a los 7 meses. (Lucumí y col., 2006)

Entre todos los grupos al inicio del estudio, el 13,4% de las mujeres informó convivir con personas que fuman al interior de sus hogares, proporción se redujo a 6,0% a los 5 meses y 9% a los 7 meses. La proporción de mujeres que reportan la existencia de un acuerdo de hogar libre de humo aumentó del 27,9% al inicio del estudio al 39,7% a los 5 meses y 44,1% a los 7 meses. La proporción de mujeres que reportaron un acuerdo de libre de humo a los 7 meses fue menor en el grupo A que en los grupos B y C. (Lucumí y col., 2006)

Al inicio del estudio, el 19,7% de las mujeres en todos los grupos reportaron caminar por lo menos 150 minutos por semana y el 33,8% reportó realizar actividad física durante el tiempo libre. La proporción de mujeres que cumplen las recomendaciones para la actividad física mostró un aumento desde el inicio hasta 5 meses y desde el inicio hasta 7 meses. (Lucumí y col., 2006)

Una vez obtenidos los resultados del análisis estadístico, los investigadores organizaron un grupo focal para obtener conocimiento acerca de la intervención, presentar los resultados a las mujeres que habían participado, y evaluar sus percepciones acerca de sus patrones de comportamiento. Se les pidió brindar información frente a: 1) su opinión acerca de los resultados que habían sido mostrados; 2) lo que habían aprendido de la intervención; y 3) qué se podría hacer para mejorar los resultados. (Lucumí y col., 2006)

Durante el grupo focal se evaluaron las percepciones de las mujeres acerca de sus patrones de comportamiento. Se les pidió brindar información frente a: 1) su opinión acerca de los resultados que se obtuvieron; 2) lo que habían aprendido de la intervención; y 3) qué se podría hacer para mejorar los resultados. Entre los principales aportes las mujeres informaron que la intervención les ayudó a identificar nuevas y sencillas maneras de preparar recetas de frutas y verduras, destacaron los beneficios de la interacción social con otras mujeres durante los talleres lo que les permitió compartir diferentes tipos de recetas de frutas y verduras, reportaron redistribuir su presupuesto familiar para aumentar el consumo de frutas y decidieron que los zumos de frutas eran una mejor alternativa. (Lucumí y col., 2006)

Las mujeres reconocieron material útil para la negociación y cumplimiento del acuerdo de hogares libres de humo, sin embargo, refirieron que estos acuerdos podrían tardar mucho tiempo para establecerse. Refirieron que la intervención concientiza sobre la importancia de la actividad física, especialmente caminar. También reconocieron que la actividad física tiene diferentes dimensiones y que las áreas inseguras en sus comunidades eran barreras para desarrollar actividad física. (Lucumí y col., 2006)

*“Específicamente a los objetivos propuestos para el cambio en las conductas que promueven la salud de las mujeres cuidadoras, se evidenció aumento en la proporción de mujeres que reportaron consumir jugos hechos a base de frutas, el aumento de la proporción de mujeres que reportaron diariamente el consumo de verduras o ensalada, y un aumento en la proporción de hogares con un acuerdo que prohíbe fumar en el hogar. No hubo diferencia significativa en los niveles de actividad física desde el inicio hasta después de la intervención a pesar de que refirieron reconocer la importancia de la actividad física y de reconocer los espacios con barreras para la actividad física”.*

En “Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes,

and physical activity among home caregivers in Bogotá”, Lucumí DI y Col. 2006.

*“Los resultados proporcionan alguna evidencia de que las intervenciones con cuidadores domiciliarios a quienes se les proporcionó información, comunicación y educación podrían aumentar o mantener los cambios posteriores a la intervención del aumento en general en el consumo de frutas y verduras, y en el establecimiento de acuerdos de hogares libres de humo. Los resultados cualitativos proporcionan una visión sobre el contexto de la práctica social, la percepción, el empoderamiento y el conocimiento. Estos resultados tienen implicaciones importantes para el desarrollo de futuras intervenciones entre las mujeres de estas comunidades”.*

En “Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá”, Lucumí DI y Col. 2006.

### **6.1.2. Fase 2 ajuste del diseño, evaluación de efectividad, de proceso y de costo-resultado**

El segundo estudio del programa Tú Vales, refieren los investigadores, tiene como propósito superar las limitaciones del primero relacionadas con la falta de acciones en el contexto, tamaño de muestra limitado, periodo corto de medición, carencia de evaluación económica y a partir de ello ajustar el diseño inicial de Tú Vales a través de su implementación en 4 Localidades: Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Santa fe. Esta experiencia innovadora soportada bajo la evidencia, permitió sugerir su implementación a gran escala en Bogotá.

El tipo de estudio fue un ensayo grupal comunitario aleatorizado. Se seleccionaron 32 barrios de cuatro de localidades, tres de las cuales, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Usme, habían sido previamente escogidas por el gobierno distrital como localidades “prioritarias” para privilegiar en ellas la inversión social del Distrito.

El tamaño de muestra se estimó en 992 mujeres cuidadoras de hogar; se utilizó un muestreo por conglomerados estratificado para seleccionar los barrios, para lo cual se obtuvo la lista de los barrios con predominio estrato II del registro de planeación Distrital. Para la selección de las mujeres se realizó un muestreo por conveniencia, dada la importancia de realizar acciones con personas participantes voluntarias.

El estudio pretendió realizar la evaluación de efectividad, de proceso y de costo-efectividad a través de la comparación de dos alternativas de intervención (A y B). Esta última evaluación se reorientó a costo-resultado en dos escenarios de implementación dado que no se encontró otra acción disponible

debidamente estructurada como segunda alternativa, por tanto, se optó por comparar la misma alternativa restringiendo su alcance en uno de los dos grupos de comparación.

La alternativa tipo A la cual, además de los contenidos, componentes y características conceptuales que comparte con la alternativa B, contó con la participación adicional de familia/pares, tenderos y grupos promotores de actividad física (nivel intrapersonal/interpersonal y vecindario). La alternativa B se dirigía exclusivamente a las cuidadoras (nivel intrapersonal). En forma aleatoria se estableció que la alternativa A se desarrollaría en las localidades de Santa Fe y Ciudad Bolívar, mientras la B se desarrollaría en San Cristóbal y Usme.

### **Ajustes en el Fundamento Teórico**

A pesar de que la intervención durante el pilotaje se fue construyendo con la comunidad participante a través de encuentros de seguimiento a los contenidos, la metodología y los materiales, no se evidenció explícitamente en el marco conceptual un enfoque constructivista que sustente la realización de la intervención. Sin embargo, para el estudio de evaluación en la segunda fase se describió la integración de dos referentes teóricos y conceptuales en ajuste al fundamento teórico.

Durante la fase 2 se retomó el modelo socio ecológico en salud del pilotaje en Santa fe que implica la visión de los individuos como parte de un sistema y por tanto sus comportamientos están influenciados por algunos elementos ó niveles de dicho sistema.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

*“Por tanto, para la conducción de este estudio se tuvieron en cuenta los elementos teóricos y conceptuales propuestos en los Modelos Socio Ecológicos (Sallis et al., 1997*

*Específicamente, se tomaron como referencia las propuestas teóricas planteadas por McLeroy et al. y Richard (Sallis 1997, Richard 1996). Así desde esta perspectiva teórica:*

*\* Las personas son parte de un gran sistema, el cual restringe el rango de su comportamiento al promover y otras veces demandar ciertas acciones y, por estimular ó prohibir otras (Sallis et al., 1997)*

*\* El comportamiento es un resultado complejo que se puede derivar no solamente del conocimiento, valores y actitudes de los individuos (nivel intrapersonal), sino también de las*

*influencias de las personas con quienes el individuo se relaciona (nivel interpersonal), las instituciones a las que pertenece (nivel de las organizaciones), las comunidades en las que vive (nivel comunitario) y las decisiones políticas y la estructura de la sociedad y el ambiente en el que se desenvuelve (nivel de políticas públicas) (Sallis et al., 1997; Stokolz, 1996; Richard 1996)*

*McLeroy et al., proponen cinco niveles que deben ser considerados para influenciar comportamientos en salud, asumiendo que un enfoque comprensivo es más apropiado que uno centrado en un solo nivel (Saliis et al., 1997; Richard et al., 1996). Estos niveles son:*

- 1. Intrapersonal*
- 2. Interpersonal y de grupos primarios*
- 3. Institucional*
- 4. Comunitario*
- 5. Política Pública”.*

De otra parte, tomaron los conceptos teóricos que fundamentan la Investigación Basada en Comunidad con la cual se orienta el desarrollo de acciones comunitarias culturalmente apropiadas, reproducibles y sostenibles a partir de la construcción conjunta de experiencias entre investigadores y comunidad.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

*“La investigación basada en comunidad está fundamentada en los paradigmas alternativos de investigación, más específicamente en posturas críticas y en el constructivismo. La teoría crítica es una postura que reconoce la construcción social de la experiencia, ve el conocimiento como una manifestación de las relaciones de poder de los contextos históricos y sociales en los que se producen, reconoce el carácter político del conocimiento y el compromiso transformador y emancipatorio de las acciones que de este se derivan (Mardones, 1991)*

*Paradigma constructivista: El constructivismo tiene como objetivo comprender las experiencias de vida desde el punto de vista de quienes las viven. Esas construcciones tienen sentido en tanto le son útiles al individuo para resolver situaciones cotidianas, pues los seres humanos inventan conceptos, esquemas y modelos para darle sentido a la experiencia probar y modificar esas construcciones a la luz de nuevas experiencias e intereses.”*

Otro es el cambio fue de la visión preventiva al enfoque promocional de calidad de vida en la cual a través de la intervención se buscar ir más allá del cambio de comportamiento para prevenir la enfermedad para luego establecer una intervención que se enfocara a la construcción conjunta de condiciones que afecten la calidad de vida. Ello también implicó enmarcar la intervención desde una definición positiva en salud (Maya 1997) entendida como un proceso y recurso en la vida cotidiana y no como un punto de llegada, una realidad cambiante y no una utopía, y no relacionada directamente con un estado de normalidad.

Finalmente, el Modelo de Acciones Basadas en Comunidad se mantuvo pero para el estudio de evaluación se orientó a partir de la intervención en los dos primeros niveles establecidos en el gráfico 1: nivel interpersonal/personal y el nivel vecindario.

### **Adaptaciones en la selección de la Población Beneficiaria**

Durante la revisión documental, se identificó que hubo precisiones en la población beneficiaria. Dichas precisiones tenían varias premisas que reafirman el enfoque en tanto el contexto político fue dinámico. Para este momento del diseño, el enfoque de género ya se había posicionado entre las políticas públicas del Distrito, pero el enfoque de derechos fue el que a partir del Plan de Desarrollo “Bogotá Sin Indiferencia” 2004-2008 influyó en las acciones que se desarrollaban en el Distrito.

*“...más perspectiva de género a Tú Vales no porque quisiéramos reforzar que estuvieras, las mujeres estuvieran en la cocina si no porque había un grupo de mujeres cuyo proyecto de vida era este y es legítimo desde el enfoque de derechos y desde la perspectiva de género no feminista. Es que su proyecto de vida, esa era, es su decisión, les gusta, es placentero, no estamos hablando de mujeres de 45 años, 50 años, pues que también tu no puedes hacer críticas anacrónicas y venir a pedirle la gran revolución en el 2005 a una mujer, que ya se ha socializado que tiene derechos y que hay que reconocer un rol que es muy verraco que es el cuidado y no quiere decir que solo te estoy diciendo que es el cuidado, es reconocer lo que tú haces y darte una oportunidad en tanto mujer, antes la estrategia venía como quien es la que toma la decisión del mercadeo social como la crema dental, entonces las mamás quieren que los chinos tengan los dientes limpios que el marido sea un churro y que ella sea una buena mamá entonces compra la crema Pepito Pérez porque en el mercadeo social era la que toma las decisiones sobre las tecnologías que permiten que entren a su casa lo que promueven, pero ella es en tanto ella, en tanto mujer que incluso frente a las nutricionistas, la actividad física y el acceso a los alimentos está en desventaja respecto a los hombres por ser mujer, por la manera en que está estructurada nuestra sociedad...”*

– Entrevistado 2

*“...tu mantienes tus transformaciones independientemente de lo que la familia quiera hacer, tú decides hasta como y cuando hay cambios y calidad de vida en todos los espacios para la gente que a ti te importa, pero esto es para ti principalmente, un efecto secundario es que mejores la calidad y los hábitos que se promueven en la casa... en la casa, no es una decisión no solo de la mujer, las habilidades de la negociación, de la conversación, todas esas sesiones se iban manejando e iban dándole soporte, comparten, compartían un montón de cosas...”*

– Entrevistado 2

Es de vital importancia resaltar que entre las características de la población sujeto de intervención se delimitó al estrato socio-económico 2, y en este sentido la intervención no se pensó para población diferente del mismo, dados los cambios y brechas que existen entre estos niveles de estratificación social.

*“Tú Vales se diseñó para la mayor población de la ciudad, cuál es? Estrato 2 , Tú Vales y cuando tienen un valor predominantemente estrato 2 y le traes estrato 1 jalas un poquito, pero yo no puedo llevar al estrato predominantemente 1 y tampoco funciona en estratos predominantemente 3, y 4 ni que les importa no le abren la puerta a uno en el conjunto porque ya se vuelve toda la dinámica de la geografía, que eso fue súper chévere teníamos un geógrafo y era arquitecto o urbanista, de cómo las prácticas cambian según el diseño del barrio y en ciudad bolívar que fue donde tuvimos el estrato 3 pues teníamos varios estratos pero habían unos barrios en ciudad bolívar estrato 3, pues la dinámica en conjuntos cerrados pues cambia es diferente”*

– Entrevistado 2

Finalmente, las características de selección de la población a intervenir fueron:

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

- a) tener entre 18 y 55 años de edad,*
- b) contar con mínimo seis (6) meses de residencia en el barrio,*
- c) residir en uno de los barrios seleccionados,*
- d) manifestar como una de sus actividades en el último año el cuidado de menores de 15 años,*
- e) no haber participado en la fase piloto de diseño y evaluación del programa Tú Vales,*
- f) disponer de tiempo para participar,*
- g) no tener condiciones físicas y mentales que limitaran su participación y,*
- h) firmar el consentimiento informado.*

*Se involucraron tenderos reconocidos por las mujeres y personas de los barrios seleccionados, quienes en forma voluntaria y sin ningún tipo de contraprestación económica aceptaron hacer parte del programa.*

*Se excluyeron madres adolescentes, porque los investigadores consideraron que éticamente su participación validaba un creciente problema de salud pública en el país y no tenían un nivel de desarrollo psicosocial adecuado para cumplir roles de cuidado.”*

## Ajustes en la Cadena de Valor/Resultado

### A. Insumos para la implementación del programa en la fase 2 de Diseño

A través de la revisión documental, se identificó que más allá de un cambio de los insumos para la implementación del diseño, se realizaron adaptaciones que debían ir en coherencia con los conceptos teóricos retomados en el apartado anterior. En ese sentido, los insumos se mantuvieron así: Fichas para los orientadores, Fichas de recordación, Fichas de trabajo en casa, espacios comunitarios concertados para el desarrollo de las sesiones.

Las fichas orientadoras y las fichas de trabajo en casa se ajustaron para mantener la coherencia con la construcción a partir de las experiencias que surgían dentro del entorno de la intervención (paradigma constructivista).

Respecto al Talento humano, fue definitivo que los orientadores se formaran y capacitaran para dicha implementación del modelo debido a las falencias de la formación de pregrado para Nutrición, Fisioterapia y Trabajo Social en estos enfoques e intervenciones de este tipo.

*“...la gente cuando empezó a estudiar no estudió pa’ un PIC, la gente estudió pa’ un consultorio para un hospital...para el barrio? Pa’ tocar puerta a puerta y seducir gente? Pa’ que me duela? Porque uno en el consultorio los ve y eso duele con su escritorio y su uniforme todo: “cuéntame tu asunto” y el resto que me importa y salgamos de esto porque eso agota emocionalmente...”*

– Entrevistado 2

### B. Procesos para la implementación del programa en la fase 2 de Diseño

Entre los procesos establecidos para el programa Tú Vales se logró identificar los siguientes, los cuales son descritos en la revisión documental y también en las entrevistas realizadas a quienes estuvieron a cargo de la implementación en la fase 2:

- i. Acercamiento para establecer mecanismos de coordinación con instituciones.
- ii. Caracterización de contextos y actores para la promoción de consumo de frutas y verduras y para la promoción de actividad física.

*“Consistió en una exploración cualitativa en la que se realizaron grupos focales y entrevistas semi-estructuradas en la que se indagó a las cuidadoras acerca de sus actividades cotidianas, responsable de decidir el tipo de alimentos a comprar, de realizar la compra y de decidir el lugar donde se realiza, tipo de alimentos consumidos, forma de transportarse, actividades que se realizan en el barrio, existencia de organizaciones que promuevan la actividad física y espacios físicos disponibles y deseados. Esta caracterización también incluyó tenderas (os) y líderes de actividad física a nivel local o barrial, a los cuales se les indagó con aspectos relacionados con la compra de frutas y verduras y las prácticas de actividad física en sus comunidades, respectivamente”.*

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

- iii. Rediseño o ajuste, en la cual continuamente se ajustaban los contenidos, las técnicas, y los materiales para el desarrollo de las acciones.
- iv. Aprestamiento e implementación. En la cual se evidenció la mayor carga para el desarrollo del programa, en tanto, implicó el desarrollo de las siguientes fases:

- Formación y capacitación del grupo operativo

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

*“De acuerdo con el diseño de las acciones y la experiencia del estudio piloto en el Área Demostrativa de Santa Fe se identificaron los perfiles profesionales necesarios para la implementación de las acciones en el marco de la investigación.*

*En el proceso formativo, las competencias que se esperaban desarrollar eran de carácter general y específico. Las primeras estaban referidas a las requeridas para la orientación del trabajo comunitario: acercamiento a grupos de la comunidad, convocatoria, elementos pedagógicos para la orientación de actividades comunitarias, sistematización de experiencias. Las segundas, eran las competencias específicas requeridas para orientar las sesiones de promoción del consumo de frutas y verduras, la actividad física y de liderazgo de cambios.*

*El desarrollo del proceso formativo se estructuró en dos fases. Una antes de iniciar la implementación, centrada principalmente en la convocatoria y los procesos educativos y los contenidos a desarrollar durante las sesiones con las cuidadoras, según el área de desempeño de las orientadoras. Por su parte, la segunda fase se realizó luego de la implementación y abordó aspectos relacionados con el diseño de programas y evaluación cuantitativa de los mismos”.*

- Convocatoria. A través de estrategias ya establecidas desde el estudio piloto en el área demostrativa, se realizaron acciones de identificación de grupos sociales y líderes comunitarios, selección de participantes, y concertación con los participantes.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tú Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

*“A partir de estrategias previamente empleadas en el estudio piloto Tú Vales, se realizó una convocatoria consistente en invitación domiciliaria a participar en el estudio, la cual se reforzó con la invitación a través de grupos y organizaciones comunitarias (grupos religiosos, jardines infantiles, etc.). Con este fin se realizaron las siguientes actividades:*

- *Identificación de grupos sociales y líderes comunitarios: a partir del perfil definido en la caracterización se identificó a los grupos y líderes de los barrios seleccionados por cada localidad, con el fin de presentar el estudio y concertar mecanismos para la convocatoria y conformación de los grupos de cuidadoras de acuerdo a los criterios de inclusión descritos para el estudio y el tamaño muestral requerido.*
- *Selección de participantes: La relación a través de múltiples contactos, que se estableció con líderes, organizaciones, grupos y personas en sus domicilios permitió conformar un listado de posibles participantes en cada barrio quienes fueron invitadas a la reunión de concertación.*
- *Concertación con participantes: buscó aclarar dudas, llegar a acuerdos frente a la participación y recursos requeridos para el desarrollo de acciones, firma de los consentimientos informados y demás aspectos que el grupo operativo y la comunidad consideren relevantes.*

*El proceso de convocatoria de las cuidadoras estuvo a cargo del equipo operativo de cada localidad, se desarrolló de manera paralela con la capacitación del equipo operativo y tuvo una duración de ocho semanas”.*

*“...se diseñó primero la evaluación y paralelamente ellas ya sabían a quienes iban a evaluar entonces había que hacer toda la logística de la convocatoria, entonces como vamos a hacer en que características lleguen las mujeres y empieza la selección entonces esas dos cosas pasaban juntas, entonces una parte del equipo estaba concentrada en la evaluación y otros en la implementación y convocatoria que es retador porque tú puedes funcionar con la lógica de la epidemiología así decíamos nosotros hasta antes de entrar al barrio tu funcionas con la lógica de la epidemiología una vez entras al barrio necesitas la lógica de las ciencias sociales y eso es retador, y yo no puedo llegar a donde una señora y tú quieres entrar diferenciar la intervención con la evaluación con la garantía de derechos, un montón de cosas el distritos y sus políticas es muy de avanzada, entonces yo me acuerdo que el enfoque de derechos ya venía de la mano con los determinantes sociales estaban aprendiendo de Canadá y Brasil en su momento y hay tenían su autor fantástico, entonces claro tu llegabas y tenías una discapacidad cognitiva yo tengo que entender que tu entras en la intervención pero no entras a la evaluación porque son dos cosas distintas y tener esa doble perspectiva...”*

– Entrevistado 2

*“...Tú Vales consistía en la conformación del grupo, posteriormente la convocatoria, la consolidación organización de los 8 grupos y la organización de los horarios con ellas...”*

*“...ese paso a paso teníamos trabajo en equipo pero nos enfocaban cuál es su función como trabajadora social, era muy chévere y nos empezaron a decir cómo hacer nuestra convocatoria, nos dieron los barrios porque ellos nos daban los barrios tenían que ser barrios que tuvieran pendientes...”*

*“...después nos dicen que empezamos a ser el proceso de convocatoria al principio fue un poco complicado, en especial porque ya había otro grupo de tuvales en santa fe que era pionero, y se generó cierto malestar hasta que nos conocieron...”*

- Entrevistado 3

- Desarrollo de sesiones: Se implementó durante 18 sesiones de 2 horas los 3 componentes abordados para la promoción de consumo de frutas y verduras, promoción de actividad física y lidera cambios.
- Información y comunicación en la cual se indaga y profundiza en el conocimiento de las participantes mediante el uso de material informativo y estrategias comunicativas; la educación que fortalece las capacidades de la comunidad para la toma de decisiones a través del desarrollo de los contenidos básicos sobre el consumo de frutas y verduras, la promoción de la actividad física y el liderazgo de cambios.
- El soporte social, que para el caso del segundo estudio se involucraron a los tenderos y líderes de grupos de actividad física con los cuales se esperaba promover la participación de las redes de apoyo primarias durante las intervenciones de acuerdo a lo establecido y ajustado de las fichas de orientación, de recordación y de trabajo en casa.

Es importante resaltar que la inclusión de estos actores permitió evidenciar la necesidad de reorientar las acciones hacia los tenderos y hacia los grupos comunitarios promotores de la actividad física. Por ello, durante este estudio surgen las acciones de Tu Vendes y Muévete Comunidad.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “Estudio Tu Vales”. Informe Final”, FES, 2008

*“Los módulos que se abordaron en frutas y verduras, actividad física y sostenibilidad (del efecto) de acuerdo a los componentes información, comunicación y educación fueron ajustados luego de la implementación. Para explorar un potencial riesgo con la realización de actividad física, a todas las mujeres se les entregó un cuestionario donde se exploraban estos, con el fin de hacer las recomendaciones respectivas.*

*En forma adicional, en las localidades de la alternativa tipo A, se promovió que las mujeres identificaran la persona que les serviría de soporte tanto para la preparación de alimentos como para la realización de actividad física. Esta persona fue invitada por cada mujer para hacer parte de al menos dos sesiones correspondientes a cada uno de los comportamientos de interés en el estudio.*

*Adicionalmente para la alternativa A se buscó desarrollar las acciones que involucraran las tiendas donde usualmente las mujeres compraban las frutas y verduras, al igual que con grupos promotores de actividad física en cada uno de los barrios seleccionados...”*

*“...todas esas sesiones se iban manejando e iban dándole soporte...”*

*“...Entonces después de todo ese ejercicio se rediseñaron las fichas, hay que quitarle tanto, las sesiones hay que dejarlas así, producto de eso uno tiene tres versiones de Tú Vales, las guías del piloto, las guías del inicio y las guías del final que ya es la tecnología cualificada de intervención pulida pues...”*

*“...lo de nutrición eran 6 sesiones y 6 por \$30.000 da \$ 180.000 pesos, eso es lo que se gasta una persona en una caja de pastillas para un mes y aquí en Tú Vales estás atendiendo mínimo 15 y tenía un máximo 25. Ah no y empezamos a implementar Tú Vales con 40, perdiste la capacidad de construir vínculo, pero como esto es la meta o cléveles Tú Vales a todas en 8 días, tampoco se los puedes clavar en 8 días, necesitas que pase el tiempo o que prueben los comportamientos, que prueben las habilidades, que tengan tiempo si me da pena timbrarle o no a esta vecina, de charlar con la vecina, de encontrarme y comprar la papaya con la vecina porque las dos ese día íbamos a hacer la receta, por eso necesitas una semana entre una sesión y la otra, por eso no puedes cambiar la estrategia y zampar 2 sesiones a la semana o todas las sesiones en 8 días o en un mes la nutricionista le retiraron el contrato y luego la trabajadora social. No tienen que ser intercaladas, esas cosas son muy delicadas del diseño y si lo cambias yo ya no te puedo garantizar que esa intervención funcione y creo que eso fue parte de lo que pasó...”*

- Entrevistado 2

*“...en total eran 12 o 16 sesiones hasta que llegábamos a terminar el encuentro y la graduación como tal. Empezamos a hacer el proceso de la clausura del evento y averiguar todo...”*

*“...lo que se hacía era que vaya usted haga dos sesiones de fisioterapeuta y luego dos de nutricionistas...”*

*“...en total eran 12 o 16 sesiones hasta que llegábamos a terminar el encuentro y la graduación como tal...”*

- Entrevistado 3

- **Monitoreo:** Respecto a este proceso, durante el estudio tuvo la intencionalidad de hacer el respectivo seguimiento a los equipos operativos que estaban implementando las acciones en lo local, sin dejar de lado la construcción de este proceso para su implementación a gran escala. Por esta razón se evidencia el monitoreo en dos tipos de acción: seguimiento interno semanal realizado por los equipos

operativos con el objetivo de ajustar su forma de operación desde lo técnico como operativo; y el seguimiento externo realizado por los investigadores con el objetivo de discutir los procesos de sistematización, brindar soporte técnico y coordinar las necesidades logísticas para la operación.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

*“Durante todo el desarrollo del estudio se realizó su monitoreo y seguimiento mediante reuniones técnicas o visitas a terreno de uno de los investigadores y la coordinadora operativa del estudio. Para preparar esta reunión cada grupo operativo debía realizar reuniones semanales de seguimiento interno por cada localidad, con el fin de resolver asuntos internos del grupo y acordar los temas claves que deben ser discutidos en la reunión de seguimiento general. De esta forma, con el monitoreo se intentó controlar o hacer seguimiento a la aparición a sesgos que pueden presentarse en este tipo de estudios (Murray, 1998): 1) de selección; 2) por contaminación; 3) por instrumentación; 4) por desmotivación de participantes y; 5) por pérdida de participantes.”*

*“...Se hacía seguimiento a los procesos con las actas del día a día y eso minimizó los informes, además porque la secretaria estaba involucrada en el proceso y no se requería estar enviando documentos...”*

*“...fue un proceso muy dinámico que implicó escuchar mucho a múltiples actores que estaban involucrados en el proceso, no solo a los investigadores si no a los equipos que estaban teniendo dificultades o las cosas positivas que traían y como reforzar, no se puede hablar de un proceso lineal, sino que implicó muchas veces devolvernos y ajustar y a veces no tener certeza que esa fuera la salida pero probarla, implica una cosa muy dinámica y muy participativa, muy abierta la crítica que pudiera tener diseñar un estudio de esa naturaleza compleja con cosas no necesariamente exitoso...”*

- Entrevistado 1

*“...Cada equipo tuvo dos visitas en los cuatro meses para ver las mujeres, para yo entender lo que decían en los diarios de campo y era no participante y digamos que ese fue mi proceso de monitoreo y acompañamiento, entonces pa resumir había en la capacitación inicial 4 cosas: diarios de campo, informes colectivos que son un chicarrón porque si no van bien son súper difíciles las relaciones...”*

*“...Para llegar a la discusión ellas tenían que llevar sus diarios de campo, en la reunión discutíamos lo trabajado y la ficha de entrega del producto, había que entregar unos productos, chulea el interventor después que habíamos tenido la discusión colaborativa, ellas tenían que plasmar todo ese ejercicio en las fichas y yo retroalimentaba y discutíamos lo que ya me habían entregado. Planeábamos y visualizábamos la siguiente para 15 días la reunión, entonces había buen monitoreo, que es una parte difícil, lo más difícil mantener al equipo por el tiempo y cuidar el facilitador es más eficiente que cuidar al participante son más efectivas las intervenciones para cualificar quienes hacen la intervención...”*

- Entrevistado 2

*“...aparte de eso cuadrar nuestras reuniones como grupo cuatro y con nuestra asesora de la FES donde decíamos como vamos, y ellos seguían tomando notas y jodían con los diarios de campo, tocaba anotar todo pero no sabía la incidencia que tenía en eso momento, (investigadora de la FES) era insistente anotar los cambios, no podíamos ser individualistas, éramos un grupo que respondíamos por un grupo ... ah no esto no es mío no es de trabajo social y el grupo dijo tal cosa y tal otra lo anotaba que la actividad tal de la fisioterapeuta.... Con la fes era cada 15 días para hacer seguimiento y revisión de diarios de campo...”*

- Entrevistado 3

- v. Evaluación. Este proceso en gran parte se orientó para evaluar dentro del estudio la efectividad, el proceso de implementación y el costo-resultado de las acciones basadas en comunidad.

Dentro de la metodología entregada por el grupo de investigadores, se evidenció espacio para una evaluación de proceso en la cual se retoma lo construido por las mujeres participantes durante 3 sesiones: una evaluación inicial, una evaluación intermedia y una evaluación final, y una sistematización continua del desarrollo de las acciones a través de diarios de campo y la consolidación de los mismos.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

*“Se propusieron tres tipos de evaluación: 1) de efectividad, 2) de proceso ligada a la sistematización y, 3) de costo-efectividad.*

*Se articuló la evaluación de proceso a la sistematización de la implementación, considerando la complementariedad de estas dos acciones, la importancia que tiene el aprender acerca del desarrollo de la intervención y la disminución de recursos y esfuerzos (De Salazar et al., 2002).*

*De esta forma los análisis, tanto de la evaluación de proceso como de la sistematización, se centraron en profundizar en los hallazgos de la evaluación de efectividad e identificar los aciertos y desaciertos de la implementación del programa en cuidadoras, tenderos y grupos promotores de actividad física.*

*Se sistematizó la implementación de cada una de las sesiones del estudio. Estos insumos fueron discutidos y analizados en las sesiones de seguimiento al grupo operativo y en las reuniones del equipo investigador institucional. Dado que este proceso estaba ligado a las actividades de monitoreo, los análisis críticos de la sistematización fueron devueltos al equipo operativo y se modificaron las herramientas y los procesos pertinentes cuando fue pertinente. De esta forma, la implementación estuvo sujeta a ajustes durante su desarrollo y una vez terminada, los cuales se generaron a partir de las reflexiones y conclusiones producto de las discusiones y observaciones en campo.”*

*“...yo tenía lo cualitativo hacía la evaluación de proceso, y la evaluación de proceso se hace durante la implementación para alcanzar a hacer ajustes en la intervención para identificar que fue lo que se hizo y que tuvo efecto y cuando tenga los resultados, por eso yo era la única investigadora que podía ir a terreno y que podía interactuar directamente con el equipo, ni (investigador de la FES) ni el resto podían ir. Tenían todas diario de campo y una manera que yo monitoreaba la intervención era que me tenían que entregar el diario de campo con cierta frecuencia y lo teníamos que leer en reuniones, entonces yo iba a terreno cada quince días, se reunía el equipo si juntaba las intervenidas y las no intervenidas, yo juntaba San Cristóbal y Usme en San Cristóbal o en Usme y se reunía el equipo y .. como te fue? Que te quedó fácil? Que te quedó difícil? Como lo resolviste? Facilitábamos mucho el aprendizaje colaborativo, si ella había tenido un problema que la solución primero se la diera una par porque eso es lo natural lo que hacen, entonces ellas conversaban, hablaban.. la embarraste de donde se te ocurrió eso? ...”*

– Entrevistado 2

#### vi. Mantenimiento del efecto de Tú Vales en el tiempo

De acuerdo a la revisión documental, la mantenimiento del efecto de Tú Vales en el tiempo se midió a partir de las evaluaciones inicial, intermedia y final, permitiendo registrar y analizar desde la satisfacción de las usuarias como también los conocimientos que adquirieron para tomar decisiones en el cambio de sus conductas.

Sin embargo, estas mediciones reflejan los resultados a corto y mediano plazo. En ese sentido, las entrevistas con los investigadores del programa refieren el diseño de dos intervenciones que pretendían actuar en el segundo nivel del modelo socio ecológico de las mujeres participantes para influir la mantenimiento del efecto a partir del fortalecimiento del soporte social de las mujeres cuidadoras de hogar.

Respecto al soporte social para el consumo de frutas y verduras, se involucraron los tenderos, estrategia a la cual se le llamó Tu Vendes. Respecto al soporte social para el nivel de actividad física, se involucró a los líderes de grupos comunitarios gestores de actividad física, estrategia a la cual se le llamó Muévete Comunidad. Aunque finalmente, solo una de estas estrategias continuó funcionando en Bogotá a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), la mantenimiento del efecto de Tú Vales se garantizó a través de la materialización del enfoque teórico en los procesos desarrollados por el talento humano definido durante su diseño, el tipo de población beneficiaria, los insumos y materiales construidos.

*“...para el estudio de Tú Vales surgieron dos hijos, el tema de tenderos y el tema de muévete comunidad, como parte de lo que se asumía como soporte social, es más la necesidad de tener influencias en el contexto...los hijos no fueron exitosos a pesar de que se siguieron los pasos no se tuvieron los tiempos y dedicación para que tu vendes y muévete comunidad se desarrollaran de la misma manera...”*

– Entrevistado 1

*“...lo de los tenderos fue muy verraco implementarlo, hubo seis tenderos que funcionaron y bueno el componente de muévete les gusta mucho a las mujeres... promovamos muévete comunidad porque el IRD se motivó y se metió en el rollo, en ese pedacito fue una consultoría que lideró (funcionaria de la SDS) y que apoyamos (funcionario de la SDS) y (funcionaria de la SDS) estaban en la SDS y yo que estaba en los Andes, por eso es que yo tengo el chisme de la dispersión de Tú Vales porque ellos me lo traían y nosotros teníamos discusiones terribles yo decía pero porque, porque el programa no se diseñó para eso y yo me concentré en cualificar muévete comunidad y tratamos de repetir el modelo de Tú Vales entonces ahí se miraron las sesiones, se plantearon unos pasos de participación comunitaria, se hizo una formación específica para Fisioterapeutas en promoción de actividad física de que era lo que había que hacer, pero como para apalancar ese hijo de muévete pero eso no quiere decir que dijimos si háganlo , entonces yo tenía esa intersección y yo me vía con (funcionaria de la SDS) porque ella dirigía lo de muévete comunidad pero eso no fue nunca para Tú Vales, por eso se entregó un informe que dice esto se implementa así para garantizar resultados...”*

- Entrevistado 2

### ***Respecto a la mantenimiento del efecto en el Consumo De Frutas Y Verduras – Relación Tú Vales - Tú Vendes***

El objetivo general de diseñar la estrategia Tú Vendes era que se integrara a los tenderos y tenderas en la promoción de ambientes de soporte favorables para la adopción y mantenimiento de comportamientos saludables, en este caso consumo de frutas y verduras. De esta forma a través de un programa de 7 sesiones de dos horas cada quince días con unos contenidos específicos y a través de la metodología con enfoque constructivista. Se logró la participación de 4 tenderos/as en la localidad de Ciudad Bolívar y de 3 tenderos en la localidad de Santa Fe. (Lucumí y col. 2008)

En cuanto a los resultados de la intervención, los/as entrevistados calificaron los temas vistos como interesantes y señalaron que respondían a sus necesidades; aunque Tú Vendes se demorara más que el curso de manipulación de alimentos ofrecido por la SDS, sugirieron que se aprendía más; reflexionaron respecto a que se generó un espacio de encuentro entre tenderos/as en el que opinaban y compartían experiencias.

Frente al proceso de consumo de Frutas y Verduras, los/as entrevistados señalaron que aprendieron el modo en que debían manipular y conservar estos alimentos para mantener su calidad, también en la importancia de tener variedad de frutas y verduras y sobre algunas estrategias de mercadeo para fomentar el consumo de estos alimentos.

Se determinó con estos resultados que el interés detrás de la participación de los tenderos en este proceso no es económico principalmente, algunos en su mayoría estaban interesados en la oferta de un mejor servicio, en tener un espacio alternativo de interacción social, acceder a espacios de información y educación, como también ser reconocidos en su comunidad. (Lucumí y col. 2008)

### ***Respecto Al Incremento Del Nivel De Actividad Física – Relación Tú Vales -Muévete Comunidad***

El objetivo general de diseñar la estrategia Muévete Comunidad era que se integrara algunas personas de la comunidad en la promoción de ambientes de soporte favorables para la adopción y mantenimiento de la práctica de actividad física en tiempo libre. De esta forma a través de un equipo Inter-disciplinario, se diseñó un programa de capacitación que abarcaba seis actividades. Metodológicamente las acciones se diseñaron bajo el enfoque constructivista. Se logró culminar el proceso con tres grupos en total, dos en la localidad Santa fe y 1 en Ciudad Bolívar. (Lucumí y col. 2008)

Respecto a los resultados de la intervención, se logró diseñar completamente un material y unas sesiones de capacitación que motivan a las personas a participar y las personas consideraron útiles los temas que se abordaron; se pudo inferir que con el compromiso por parte de instituciones encargadas de liderar la promoción de actividad física se podría facilitar el fortalecimiento de los ambientes sociales opten por la actividad física como una alternativa para el uso del tiempo libre, con iniciativas a bajo costo y el aprovechamiento de los espacios con los que se cuenta para la práctica de actividad física. (Lucumí y col. 2008)

### **C. Productos para la implementación del programa en la fase 2 de Diseño**

Durante el estudio de costo-resultado en la segunda fase se entregaron 19 sesiones con las cuidadoras (3 más que en el pilotaje del área demostrativa Santa Fe), una cada semana, a partir de una programación establecida previamente por los investigadores institucionales. Cada sesión tuvo una duración de dos

horas y en ellas se abordaron los módulos de frutas y verduras (7 sesiones), actividad física (7 sesiones), mantenimiento (2 sesiones), evaluación (2 sesiones) y una sesión inicial que integró el primer contenido del módulo de mantenimiento con la evaluación de proceso inicial (Lucumí y col., 2008). Cabe aclarar que en la Tabla 2 se describen los contenidos mínimos específicos entregados en el diseño por parte de los investigadores con los ajustes requeridos luego del estudio.

*Tabla 2. Contenidos de las Sesiones entregadas a las Cuidadoras, Evaluación de Costo-Resultado del Programa Tu Vales. Bogotá, 2005-2007*

<b>COMPONENTE</b>	<b>SESIONES</b>	<b>CONTENIDO</b>
<b>LIDERA CAMBIOS</b>	1	Identidad
	2	Habilidades para negociación, conciliación y comunicación
	3	Empoderamiento
<b>FRUTAS Y VERDURAS</b>	1	Creencias frente al consumo de frutas y verduras
	2	Conceptos básicos: valor nutritivo de los alimentos
	3	Higiene y manipulación de alimentos
	4	Grupo de alimentos y la importancia de su consumo
	5	Alimentación ajustada al presupuesto familiar
	6	Alimentación recomendada por grupos de edad
	7	Preparación de la alimentación familiar: énfasis en frutas y verduras
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	1	Concepto de actividad física. - Tipos de actividad física. - Espacios para realizar actividad física en la cotidianidad. - Beneficios de la actividad física
	2	Tipos de actividad física que favorecen la salud. -Duración, intensidad frecuencia de las jornadas de actividad física para obtener

COMPONENTE	SESIONES	CONTENIDO
		beneficios en salud
	3	La caminata en tiempo libre y como medio de transporte. - Oportunidades y limitaciones para caminar como medio de transporte
	4	Identificación de espacios con los cuales cuenta el barrio o la localidad para la realización de actividad
	5 Y 6	La importancia del fortalecimiento muscular (miembros superiores, tronco y miembros inferiores)
	7	La actividad física como medio para la recreación
<b>EVALUACIÓN DE PROCESO</b>	1	Intermedia
	2	Final
<b>TOTAL</b>	19 sesiones	

\* Tomado de Lucumí y col., 2008

#### **D. Resultados para la implementación del programa en la fase 2 de Diseño**

Los resultados entendidos como el cambio en las condiciones de las mujeres cuidadoras intervenidas en el corto y mediano plazo, y teniendo en cuenta que para el estudio de la segunda fase se establecen diferentes tipos de evaluación, se identificaron diferentes tipos de resultados. Inicialmente se reconoció que la efectividad del programa se comprobó tanto en el cambio de prácticas respecto a un aumento del consumo de fruta y verdura y de la actividad física en coherencia con los objetivos propuestos.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

*“En cuanto a la medida de efectividad, que integraba el consumo diario de frutas y verduras por porción, se pudo observar que hubo diferencias con significancia estadística al comparar los tres tiempos de medición. También se destaca que el cumplimiento de la recomendación de consumo de cinco o más porciones de frutas y verduras cada día se alcanzada por un porcentaje de participantes que oscila entre el 33,1% y 41,38%, en los tres tiempos.*”

*Con respecto a la realización de actividad física, se encontró que al comparar los tres tiempos de medición hubo diferencias con significancia estadística en la media ajustada de minutos caminados por transporte en la última semana, al igual que por recreación, deporte o en tiempo libre. Frente a esta última variable, que corresponde a la medida de efectividad, se puede observar que el número de minutos se incrementó entre T0 y T1, para luego decaer en T2, sin llegar a los valores iniciales.”*

En cuanto a los resultados del proceso, se destacó que a nivel personal las mujeres tenían características similares lo que les permitió relacionarse con mayor profundidad e identificarse con su pares; respecto a lo grupal, se identificó que la percepción de cambio positivo se relacionaba con la heterogeneidad del grupo, es decir, que la estrategia de convocatoria había sido amplia permitiendo que personas con diferentes actividades se vincularan al proceso y no solamente en grupos conformados anteriormente al estudio. Respecto al contexto, se resaltó la percepción de las mujeres frente a las facilidades y capacidades para tener acceso a frutas y verduras como también a las áreas para la práctica de actividad física.

En cuanto al programa, se destacan las reflexiones que las mujeres hicieron ante aspectos como las relaciones horizontales con las facilitadoras, la calidad del material que se les entregó, la importancia del espacio para la realización de las sesiones como también los aprendizajes y el fortalecimiento de capacidades durante el proceso que no solo influyeron en su vida familiar sino que también aportaron a su situación económica y laboral.

En “Evaluación De Un Programa Comunitario Para La Promoción Del Consumo De Frutas Y Verduras Y La Actividad Física En Mujeres Cuidadoras De Hogar De Bogotá. “*Estudio Tu Vales*”. Informe Final”, FES, 2008

*“Se encontraron semejanzas entre las mujeres de los grupos con cambio positivo y negativo con respecto a la edad, educación, tiempo de residencia en el barrio, características familiares, la experiencia de trabajo comunitario y el estado de salud.*

*Los grupos que reportaron cambio positivo estaban conformados por mujeres dedicadas a diferentes actividades sin que hubiera preponderancias de un grupo u oficio específico. Algunas de las mujeres de estos grupos se conocían entre si por relaciones laborales, de vecindad o vínculo familiar, otras no conocían a nadie.*

*En cuanto a la relación con el contexto se identificaron diferencias entre los casos de cambio negativo y cambio positivo. Con relación al consumo de frutas y verduras, en los casos de cambio positivo las mujeres consideraron que en sus barrios podían tener acceso a frutas y verduras de buena calidad y que el curso les permitió desarrollar habilidades para identificar cuando las frutas y las verduras están en la mejor condición para ser compradas y consumidas. Consideraron que tenían más elementos para exigir de los tenderos y tenderas productos de mejor calidad y opinaron que en el largo plazo invertir un poco más de dinero en la compra de frutas y verduras*

*de mejor calidad les permitirá aprovechar más, tanto el dinero como los productos.*

*De acuerdo con las fichas de sistematización las mujeres valoraron con particularidad el ejercicio del mapa al identificar que ese barrio es uno de los que más parques tiene en la localidad, los identificaban como punto de referencia geográfico pero no los identificaban como lugares para ser usados en la práctica de actividad física, aquellas que mencionaron que si los usaban era cuando acompañaban a sus hijos o a los niños que cuidan a jugar.*

*Un aspecto valorado por las mujeres participantes fue las características de las facilitadoras independientemente del grupo. Las mujeres resaltaron la relación horizontal y de confianza que pudieron construir con las facilitadoras y cómo esto influyó positivamente en el desarrollo de las sesiones, los niveles de participación y en su motivación frente al proceso.”*

*“...Hay resultados de T0 a T1 en los tres dimensiones hay cambios y de T0 a T2 el que más cambio genera es el del componente de bienestar que es importante y eso pasa cuando pone gente junta, porque el colectivo es el que sana y el que trasforma uno solito no una golondrina no hace verano, eso me parece súper interesante y podrían hacerse unas evaluaciones pero bueno...”*

– Entrevistado 2

*“...Los resultados se alcanzaron no tuvimos acceso todo en su conjunto, era una investigación como tan bacana, en que logró impactar la nutricionista, la trabajadora social, la fisioterapeuta, pero para mí personalmente logramos tener los 8 grupitos, se logró que se graduara varias mujeres y se logró un cambio en los hábitos alimenticios, la parte de la actividad física si se logró pero es más difícil pero la parte de la nutrición es muy constante tu cocinas todos los días, pero la parte de la actividad física deberías hacerla todos los días, es más complicado y toman la actividad física como una estética y a muchas hay que trabajarles la autoestima porque claro yo me veo fea y gorda pero que estoy haciendo para bajar? Yo a parte de ese trabajo tenía que promocionar la actividad física que era un hijito de Tú Vales, para lo que se estaba buscando se lograra muchas cosas, me hubiera gustado más comunidad participando...”*

– Entrevistado 3

Respecto a los resultados de costo-resultado, la intervención en el escenario A tuvo menor costo institucional que en el escenario B. La mayor parte de los costos estuvieron representados por el tiempo dedicado por el talento humano. Los costos familiares fueron mayores en el escenario A en comparación con el escenario B. No se observaron diferencias con significancia estadística, ni antes y después de la implementación de las acciones en los costos de compra entre escenarios. En total con la estrategia implementada el costo institucional de obtener mejoría en al menos uno de los comportamientos en una cuidadora fue de \$1.031.498. (Lucumí y col., 2007)

En resumen, los resultados obtenidos se centraron en:

- Aumento del consumo de porciones de frutas y verduras según las recomendaciones dadas para ello
- Aumento en el número de minutos caminados por transporte en la última semana, al igual que por recreación, deporte o en tiempo libre
- Satisfacción con el fortalecimiento de sus habilidades y de sus redes de apoyo al permitir la integración de otros participantes durante las sesiones y los contenidos propuestos, permitiéndose ser reconocidas por sí mismas y por su soporte social
- Institucionalmente se observaron costos institucionales de obtener mejoría en al menos uno de los comportamientos de interés es de \$1.031.948, los cuales comparados con el costo de atención de eventos de salud relacionados con bajos niveles de consumo de frutas y verduras y de actividad física, pueden considerarse justificables.

## **6.2. GESTIÓN PARA EL DISEÑO DE TÚ VALES**

A través del análisis realizado de los niveles y campos de la gestión para el caso del diseño del programa Tú Vales (ver Figura 1), surgieron dos categorías emergentes en las cuales se permitió agrupar las observaciones realizadas frente a cómo se realizó dicha gestión en tanto no había sido documentada previamente.

### **6.2.1. Apoyo Político y Estructura Organizacional sectorial e intersectorial para el diseño de Tú Vales en la Macro y la Meso Gestión.**

De acuerdo a las observaciones hechas durante la recolección de información, el programa Tú Vales requirió de diversas acciones de gestión durante la fase de diseño. En el contexto en el cual los funcionarios de la SDS fueron quienes lideraron este proceso, se revisaron los informes de gestión de 2002 a 2004 en los cuales se detallan algunas acciones que permiten describir la macro gestión político-ciudadana y organizacional durante la fase 1 de diseño.

En el campo Político-Ciudadano se identificó que el apoyo de un organismo internacional como la OPS con la iniciativa CARMEN y la convergencia de intereses a través de la formulación de los Lineamientos de Política de Enfermedades Crónicas a nivel distrital, requirió su legitimación a través de la creación de un plan y un modelo de intervención que le proporcionara valor público.

El apoyo recibido para ello partió desde la misma voluntad de los tomadores de decisiones en la Secretaría de Salud que ejerce la rectoría de la salud en Bogotá. El informe anual de gestión de Condiciones Crónicas de 2002 consultado en la revisión documental, refería el apoyo del mismo Secretario de Salud en la definición de recursos para el desarrollo de una línea base para evaluar el impacto del modelo de intervención en la localidad Santa Fe, y de ahí en adelante con las dependencias de la misma organización, por ejemplo, la Dirección Administrativa y Jurídica para adelantar los procesos de contratación para realizar el estudio y la Oficina de Participación Social para incluir actores sociales en dicho estudio.

*"...había un antecedente de lo que fue el estudio y era lo que venía haciendo la Secretaria de Salud con respecto a los lineamientos de política pública de prevención de crónicas en el distrito, eh, digamos que esos lineamientos ya estaban definidos y como parte de esos lineamientos, también ya se habían tomado algunas decisiones que tenían que ver con el hecho de tener un área demostrativa, para prevención de crónicas en la ciudad. En ese contexto de prevención, de esas decisiones políticas que se habían tomado, se decidió que fuera Santa Fe la localidad en la cual se hiciera ese trabajo y Tunjuelito fuera esa área de control para esa área demostrativa que se quería constituir y había unas razones más epidemiológicas, por decirlo así, que habían llevado a que Santa Fe fuera esa localidad en términos básicamente de que tenía una mortalidad alta por esas condiciones, pero que adicionalmente, simulaba muy bien la composición de la ciudad en términos de sus estratos y esas características hacían a Santa Fe un buen lugar para hacer este proceso de llevar a cabo esta área demostrativa..."*

– Entrevistado 1

De igual manera, los funcionarios de la SDS a cargo de legitimar la política hacen evidente que la gestión es dinámica y trasciende en diferentes niveles, establecieron coordinación con las ESE encargadas de implementar los planes de salud territoriales y la Alcaldía Local de Santa Fe quienes tienen un nivel medio en la gestión (Meso gestión Político-Ciudadana), y un consultor externo (FES) que participarían en dicho proceso de legitimación a través de la construcción e implementación del plan de acción de la política y la construcción del modelo de intervención en el área demostrativa, lo que implicó otro ejercicio político para la búsqueda de apoyo y recursos que facilitarían estas tareas.

*"...entonces digamos que realmente allí lo que hay es una gestión contractual que responde a la necesidad, de llevar a cabo, de sacar a delante esos lineamientos y esos compromisos que digamos la ciudad había adquirido frente al tema y digamos que para FES la relación inicial básicamente era, una relación contractual con la secretaria en función de esos intereses que se estaban planteando..."*

*"...ya digamos que lo otro que había, como parte de esos procesos se consolida una relación con*

*la alcaldía local de Santa Fe que es digamos como el otro actor institucional que aparece y esa relación también involucra al Hospital (Local), porque había digamos, como unos, los recursos estaba focalizados en diferentes actores, entonces digamos, había unos recursos locales, porque, había unos recursos locales y había digamos que, que, obviamente tenían la tutela de la Alcaldía Local y que se manejaba digamos desde, ahí el responsable era el Hospital (Local) y había otros recursos que estaban más desde la secretaria de salud, porque simultáneamente había dos intereses en términos de las intervenciones cuando ya empiezan a concebirse..."*

*"...los recursos que se tenían para Tú Vales eran recursos directamente computados con la secretaria de salud, entonces digamos, lo que uno puede decir es que, hay una intención digamos distrital en este caso independientemente, de si era de la Secretaria o del Hospital de vincular un actor de investigación al procesos, ósea, digamos yo creo que eso es quizá lo que suena particular a la experiencia y es que había la intencionalidad de usar un actor que tuviera experiencia en investigación para facilitar o para apoyar el proceso..."*

*"...hubo un trabajo de prueba piloto de acercamiento a las comunidades, implicaba una etapa de pre diseño e implicaba a todo el equipo que revisáramos cada pieza, cada contenido, la construcción de las guías de trabajo implicó toda una discusión de que elementos debía tener eso para facilitar que una persona pudiera desarrollarlas, luego se hacían los ajustes y se hacía un acuerdo frente a ese pre diseño se llevaba a una prueba piloto con grupo de mujeres en Santa Fe, se discutía con ellas, ellas, hacían observaciones se hacían ajustes, se volvía a revisar, cada pieza de Tú Vales fue una ida y venida, tanto del equipo de fes como de la comunidad que hacía la validación..."*

- Entrevistado 1

De otra parte, la revisión hecha sobre la gestión realizada se identificó que en 2002 no se avanzó como se esperaba por dificultades como no contar con el apoyo político ciudadano necesario, la falta de experiencia y, por tanto, la consecución de recursos que permitieran el desarrollo del modelo de intervención en el área demostrativa.

Para el año 2003, el informe anual de gestión contempló otra serie de acciones de gestión para el diseño en el cual, los funcionarios de la SDS coordinaron con el Despacho del Secretario para la divulgación de los avances de la Política y en consecuencia el apoyo de la oficina de Participación Social y la oficina de proyectos UEL en la ejecución de proyectos con recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud de la Localidad Santa Fe. Se coordinó con la Alcaldía Local de Santa Fe y otras instituciones de acción local para la construcción del plan local de implementación de la Política y el desarrollo de las intervenciones de prevención de enfermedades crónicas en el ámbito comunitario y educativo en la Localidad (Meso gestión político-ciudadana).

A pesar de las dificultades que pudieran suceder y que no son evidentes en términos de responsables de no brindar apoyo con la toma de decisiones políticas que permitan tener mayores recursos y realizar un estudio de costo-efectividad, la gestión realizada por los funcionarios de la SDS resalta el apoyo por los entes locales y la comunidad en si para el desarrollo de las acciones planeadas.

Para el año 2004, el informe de gestión anual refirió que se logró armonizar con la Alcaldía Local de Santa Fe el plan de implementación de la política lo cual conllevaría a tener recursos para los proyectos de inversión local (UEL) en el nuevo plan de desarrollo. Seguido a ello se realizó gestión intersectorial e interinstitucional que permitiera tener recursos, asesoría técnica y dar continuidad a la implementación del plan de la Política a través de acciones basadas en comunidad. Igualmente, a pesar de las dificultades, fue evidente que el compromiso local y la unión de diferentes actores y sus intereses en común, permitió dar continuidad al proceso de diseño del Programa Tú Vales con un alcance mayor al área demostrativa en la cual ya se había empezado a implementar.

Durante la fase 2 del diseño, el liderazgo de las acciones en gestión estuvieron designadas entre los funcionarios de la SDS con participación de los investigadores de la FES, con los actores políticos del nivel local, y la ESE que participó activamente en ello con el nivel directivo y técnico. También se contó con la participación de las comunidades.

Para la segunda fase del diseño durante la evaluación de proceso y costo-resultado, se vincularon las ESE Vista Hermosa, Usme y San Cristóbal además de Centro Oriente, con el propósito de aportar desde su meso gestión político-ciudadana y organizacional a la consecución de los recursos para la evaluación del programa como también se vincularon las Juntas de Acción Comunal contactadas por los investigadores para iniciar los procesos de caracterización y convocatoria de los participantes. Sumado a ello, se incluyeron otros actores que pudieran aportar tanto técnica como operativamente en el desarrollo de la evaluación, entre ellas la Universidad de los Andes y la Universidad de Pamplona a través de la FES y Colciencias a través de la línea de investigación de la SDS.

“Informe de gestión anual Condiciones Crónicas”, Institución 1, 2004

*“Coordinación Intrainstitucional.*

*Con la Alcaldía de Santa fe para la armonización del Plan de implementación de la política de crónicas y los proyectos de inversión para 2004 al nuevo plan de desarrollo.*

*Coordinación intersectorial.*

*Con Hospital Centro Oriente para el desarrollo del plan de implementación de la política de crónicas en Santa fe como área demostrativa.*

*Con Colciencias la Universidad de los Andes y la Fundación FES para lograr cofinanciación a investigaciones relacionadas con el desarrollo del componente de soporte social de las acciones basadas en comunidad para patrones de consumo alimentario, actividad y física y rechazo al cigarrillo.*

#### *Logros*

*Lograr compromiso de los diferentes sectores en el área demostrativa para el desarrollo del enfoque comunitario multifactorial integrado y contar con un plan de implementación de la política distrital de prevención de enfermedades crónicas en 10 años.*

*El compromiso de la Alcaldía Local de Santa Fe y de la comunidad para participar activamente del desarrollo de planes y programas e intervenciones. La confianza que este proceso ha generado en los diferentes sectores es estimulante para la perspectiva a futuro del mismo.*

*Lograr cofinanciación de Colciencias de proyectos de investigación para probar efectividad de acciones basadas en comunidad para mejorar patrones de consumo alimentario y práctica de actividad física.*

#### *Dificultades*

*La no disponibilidad de talento humano en el área de acciones para liderar los procesos de desarrollo del enfoque comunitario para promover condiciones de vida que evitan las Enfermedades Crónicas no permite el avance del enfoque.*

*No disponibilidad de recursos para continuar con la validación de efectividad de acciones basadas en comunidad.*

#### *ANÁLISIS CRÍTICO DEL DESARROLLO DE LA GESTIÓN*

*Hizo falta decisión política para comprometer recursos en el estudio de soluciones a la problemática y poder documentar con fuerza las acciones que se requieren para la ciudad a partir de la experiencia en el área demostrativa de la localidad de Santa Fe.*

#### *ACCIONES Y RECOMENDACIONES A IMPLEMENTAR*

*Se requiere de mayor decisión política del sector salud para comprometer recursos para estudiar alternativas de solución costo-efectivas en prevención de enfermedades crónicas y liderar el posicionamiento en la agenda política de la importancia y urgencia de impactar esta problemática de salud pública para la ciudad con la participación intersectorial.*

*Teniendo en cuenta que la visión promocional es más costo-efectiva se requiere el desarrollo de abogacía para lograr la construcción de perspectivas de política pública en prevención de enfermedades crónicas con una perspectiva transectorial si se quiere impactar la problemática.*

*Reforzar con talento humano y recursos financieros los procesos requeridos para implementar la política de prevención de enfermedades crónicas a nivel distrital.”*

*“...terminando esa parte de diseño piloto surge la necesidad de pensarse en un estudio más grande que nos permita comprobar la efectividad de la intervención, es allí donde surge hacer una propuesta para Colciencias, allí surge esa necesidad y se empieza a preparar la propuesta que se hace más adelante, en el 2003 termina la prueba piloto y en el 2004 se prepara la convocatoria a Colciencias y empieza a ejecutarse en el 2005... La universidad de los Andes la profesora participa en el componente de la evaluación del programa piloto, en los análisis estadísticos para tener evidencia de los resultados del estudio, posteriormente ya con ella se concibió la idea de preparar una propuesta de mayor escala para presentar a Colciencias y esa es la idea que le*

*llevamos a la SDS, fuimos nosotros dos los responsables de esa propuesta y otras personas investigadores y el equipo piloto ya no estuvo involucrado en esta parte, con la Universidad de Pamplona la profesora Lorena que es nutricionista nos iba a apoyar en el estudio que requería diseño y análisis de instrumentos para la evaluación de consumo de frutas y verduras y con el tema de tenderos las características de venta de frutas y verduras... la parte audiovisual y FES siguió teniendo la responsabilidad de toda la parte del estudio de toda la parte operativa y administrativa, la secretaria asumió una parte técnica pero también tenía los equipos operativos que estaban contratados por los cuatro hospitales, entonces la SDS tenía un papel de seguimiento con esos equipos... Colciencias lanza la convocatoria y nosotros la ganamos y Colciencias básicamente entrega la plata y uno tienen que entregar un informe a mitad y uno al final pero Colciencias no tuvo participación más allá de lo financiero... Para el segundo estudio la secretaria asignó los recursos de la siguiente manera: El recurso humano se contrató con los hospitales con los cuatro hospitales, pero todos los recursos que tenían que ver con materiales y demás tenían contrato con FES, los hospitales debían garantizar la disponibilidad del recurso humano con los perfiles que la investigación había establecido, los tiempos de dedicación estaban definidos y le pedíamos siempre a la secretaria que nos garantizara que eso lo iban a hacer los hospitales... En la segunda fase se concentró mucho el trabajo con el equipo de los hospitales se tuvo un acercamiento muy fuerte con Fenalco por el tema de las tiendas y se tuvo para el tema de muévete comunidad se trataron de hacer indagaciones con las JAC , con organizaciones deportivas de los barrios, y la relación con las alcaldías locales no fue tan grande, el punto de entrada para la organización de los grupos fueron las JAC...”*

– Entrevistado 1

*“...había dos líderes de la investigación: (investigador de la FES) desde la fes y (Docente de los Andes) desde la Universidad de los Andes, (Docente de los Andes) pues su experticia en la epidemiología, ella se metía en la evaluación dura que llamamos pues, una vez la fes diseñaba la intervención con el equipo que creo que es otra lección, Tú Vales nos ha enseñado en términos de investigación tanto, tanto, tanto, bueno también era un modus operandi de (Investigador de la FES) y (Investigador de la FES) frente a su trabajo, porque la intervención se diseñó de la mano con la secretaria o sea (funcionaria de la SDS) era par investigadora y se pulió con el equipo que formamos, entonces ese equipo mixto muy eficiente para la intervención de diseño e intervenciones...”*

– Entrevistado 2

Es así, que la Macro gestión y la Meso gestión Político – Ciudadana en el caso del Programa Tú Vales, siempre requirió de actores, tanto de nivel central como del nivel local, comprometidos en dicha construcción, no solo como aportantes de un recurso sino con la voluntad política de participar en la implementación de una política pública que busca mejorar la calidad de vida de la población a través de la construcción de una alternativa de solución.

Respecto a la Macro gestión Organizacional, la SDS fortaleció su capacidad para el desarrollo de la intervención en el área demostrativa realizando un convenio con un consultor externo con experiencia en investigación, la FES. Dado este convenio, la FES ejecuta los recursos ya definidos a través de la

administración y contratación del equipo de investigación para ello. En estos términos, la SDS definió que realizaría apoyo técnico y direccionamiento a través de sus funcionarios al equipo investigador para orientar las actividades en pro de los resultados a obtener, y por otro lado, realizaba el seguimiento financiero del recurso invertido en el proyecto.

En cuanto a la definición de las instituciones involucradas, además de la FES, la SDS contó desde la Meso gestión Organizacional con el apoyo de la Alcaldía Local de Santa Fe y el Hospital Local durante la primera fase, quienes estuvieron a cargo de brindar algunos recursos y ser los representantes de la SDS para la rectoría en salud en el área demostrativa. Las organizaciones locales aportaron al contacto de las comunidades para hacerlas partícipes del proceso de construcción.

Durante la segunda fase, la Meso gestión Organizacional a cargo de las ESE a cargo de las localidades San Cristóbal, Usme y Vista Hermosa, logró la contratación del talento humano y de algunos insumos, pero siempre bajo la supervisión de la FES como también de la SDS en la garantía de su contratación.

En este sentido, las instituciones involucradas además de la SDS aportaron recursos financieros, físicos y talento humano, la población y a su vez la SDS-FES en conjunto con las instituciones de orden local y la comunidad construyeron procesos organizacionales a través de encuentros para realizar la respectiva validación del modelo de intervención que orientó las acciones de Tú Vales.

*“...En ese contexto de prevención, de esas decisiones políticas que se habían tomado, se decidió que fuera santa fe la localidad en la cual se hiciera ese trabajo y Tunjuelito fuera esa área de control para esa área demostrativa que se quería constituir y había unas razones más epidemiológicas, por decirlo así, que habían llevado a que Santa fe fuera esa localidad en términos básicamente de que tenía una mortalidad alta por esas condiciones, pero que adicionalmente, simulaba muy bien la composición de la ciudad en términos de sus estratos y esas características hacían a santa fe un buen lugar para hacer este proceso de llevar a cabo esta área demostrativa... En respuesta a eso se constituye un equipo, ese equipo era una nutricionista una trabajadora social y una fisioterapeuta, dos investigadores, una persona de comunicación y una en el área de diseño... FES tenía la obligación de hacer la contratación del equipo el diseño de los materiales la reproducción de los materiales y tenía todo el dominio para hacer el diseño, cosa que fue importante ese punto porque facilito mucho el aprendizaje, el hecho de tener autonomía de la contratación y que las personas estuvieran bajo la sombrilla de fes se facilitaba mucho la posibilidad de interacción de trabajo con este equipo... Yo no recuerdo dificultades administrativas con ese contrato de Tú Vales, fue un contrato de 1 año que no tuvo ningún problema, esas reuniones eran muy concretas y se remitían a cosas de flujo financiero no fue una cosa muy complicada, el tiempo se dedicó a asuntos técnicos... los recursos estaban focalizados en diferentes actores, entonces digamos, había unos recursos locales, porque, había unos recursos locales y había digamos que, que, obviamente tenían la tutela de la alcaldía local y que se*

*manejaba digamos desde, ahí el responsable era el hospital centro oriente y había otros recursos que estaban más desde la secretaria de salud, porque simultáneamente había dos intereses en términos de las intervenciones cuando ya empiezan a concebirse... los recursos de Tú Vales se gastaron en el estudio no se guardó nada...”*

- Entrevistado 1

### **6.2.2. La creación de valor público a través de la Macro y la Meso Gestión y su influencia en la consecución de apoyo político-social, en el soporte organizacional y en la ejecución de la intervención en el nivel Micro de la gestión**

Frente a la Macro gestión Programática, a través de las entrevistas a los investigadores de la FES y de las ESE se evidenció que el diseño ó formulación de una alternativa de solución por sí misma es creación de valor público. Esto sumado a que los avances en la construcción iban teniendo valor público siempre que se validaba con la comunidad donde se implementaría la intervención.

Para la ejecución de la intervención, se determinaron diferentes procesos para alcanzar los resultados esperados. Se identificaron procesos de convocatoria que buscan captar, seleccionar, caracterizar y consolidar grupos de intervención con algunas características homogéneas entre sus participantes como: el sector donde habitan, con criterios de selección para participar de la intervención (rol, estratificación social, tiempo de residencia, pertenencia a grupos comunitarios, entre otras) y el interés de participar en la investigación. De igual manera, iniciados los encuentros, las participantes se comprometieron a participar del total de las sesiones que constituyen la intervención y aportar a la construcción del material de apoyo que se iba a utilizar.

En este sentido, durante la primera fase en conjunto con la comunidad, los investigadores definieron los materiales ó insumos, los procesos, los productos y se evaluaron los resultados de las intervenciones propuestas y se podría decir que este tipo de gestión implicó tanto la Meso gestión Programática debido a que la Alcaldía participa en la implementación del plan de la Política como también la Micro gestión en sus 3 campos (Político-ciudadana, Organizacional y Programática) en cuanto a que se realizó un ejercicio de participación ciudadano y se tuvo el apoyo de la comunidad tanto para organizar los recursos como para construir la cadena de valor/resultados.

Durante la segunda fase, fue más evidente el papel rector en la implementación del diseño por parte del grupo de investigación y funcionarios de la SDS-FES, en tanto, los equipos operativos controlados y orientados a partir del monitoreo constante por parte de los investigadores frente al cómo realizaban las intervenciones y frente al uso del recurso. En este sentido, la Meso gestión Programática estuvo a cargo de la FES a través de la supervisión y evaluación de proceso, sin olvidar que las profesionales de los equipos operativos eran contratadas por las ESE participantes, mientras que la Micro gestión Programática estuvo a cargo de los equipos operativos en relación directa con los grupos de mujeres participantes.

*“...la secretaria tuvo un papel muy técnico, las discusiones eran más técnicas, ponía el conocimiento sobre el territorio y las dinámicas que se tenían y daba pistas sobre cosas que debíamos identificar o ampliar era realmente más un espacio de discusión técnica, no administrativo, y cuando hubo espacios administrativos eran aparte de la reunión, a estas reuniones técnicas iba todo el grupo... Los equipos de los hospitales estaban exclusivamente contratados para trabajar en el estudio, en últimas funcionaban igual que al principio porque los equipos trabajaban con nosotros de alguna manera teníamos una interacción con las mujeres, yo como investigador nunca trabajé con las participantes porque no era parte de lo que estaba establecido en el estudio, pero si teníamos un vínculo directo con las mujeres a través de éstos equipos con los que permanentemente nos estábamos conectando...”*

– Entrevistado 1

*“...Que reto tenía Tú Vales que el distrito no tenía tanta plata, que es el mercado que tú dices, entonces las mujeres tenían que poner el mercado.. no jodás, esa variable ya era difícil pero como más hacías el acceso a las verduras no había tanta plata...”*

– Entrevistado 2

### **6.3. CATEGORÍA: IMPLEMENTACIÓN A GRAN ESCALA DEL PROGRAMA TÚ VALES**

Para la descripción de esta categoría se revisaron 22 documentos de gestión (actas informes, matrices de ejecución), 5 documentos oficiales para la implementación a gran escala (ó Lineamientos técnicos de la SDS) con sus respectivos anexos que contenían los materiales e insumos establecidos en el diseño del programa; en ellos se analizaron 172 unidades de texto. Adicionalmente, se realizaron 7 entrevistas a actores participantes durante la implementación a gran escala de las cuales se analizaron 55 unidades de texto transcrito que permitieron hacer la triangulación de la información contenida en los documentos y alimentarse de la experiencia de quienes participaron durante la implementación a gran escala del programa tanto a nivel central (SDS) como a nivel local (ESE).

Se contemplaron como subcategorías:

1. Contexto político y administrativo para la implementación a gran escala de Tú Vales
2. Adaptación de la cadena de valor/resultados para la implementación a gran escala de Tú Vales
3. Diferencias entre la cadena de valor/resultados del diseño y de la adaptación para la implementación a gran escala de Tú Vales
4. Construcción de la cadena de entrega: Eficacia y Eficiencia durante la implementación a gran escala de Tú Vales

### **6.3.1. Contexto político y administrativo para la implementación a gran escala de Tú Vales**

El diseño del programa Tú Vales termina entre el 2006 y 2007, periodo en el cual se encuentra en ejecución el Plan de Desarrollo para Bogotá 2004-2008 “Bogotá sin indiferencia”. Durante este Plan de Desarrollo, hace énfasis en mejorar las condiciones para que los derechos humanos de los ciudadanos no sean vulnerados, básicamente con el fin de propiciar y redistribuir la riqueza, comprometiéndose en una lucha contra la desigualdad y la pobreza (Secretaría Distrital de Planeación-SDP, 2004).

El programa Tú Vales armonizaba con este Plan de Desarrollo y fue pertinente para materializar algunas políticas generales planteadas en el mismo además de la decisión política de prevenir las enfermedades crónicas, por ejemplo, la política de intervención social integral que pretende que toda acción pública se oriente para atender a los grupos humanos con perspectivas de género, ciclo vital, situación socio-económica y habitabilidad del territorio (criterios de selección de la población intervenida por el programa). (SDP, 2004)

Otros ejemplos de que encajaba en prioridades del gobierno fue apuntar a la política de cambio cultural, en la cual a través de acciones y reflexiones colectivas entorno a los comportamientos y actitudes de las personas para afianzar el ejercicio de la ciudadanía (componente lidera cambios). Y el programa de seguridad alimentaria “Bogotá sin hambre”, en la cual se desarrolle la garantía del acceso y abastecimiento de alimentos y nutrientes a través de la formación ciudadana, promoción de redes de productores y consumidores, entre otros (Modelo socio-ecológico de acciones basadas en comunidad con el componente de soporte social, y contenidos de información, comunicación y educación en promoción del consumo de frutas y verduras) (SDP, 2004)

Finalmente, en este plan se contempló el programa de Salud Para la Vida Digna en el Eje Social, el cual tenía como fin promover la garantía del derecho a la salud a través de las acciones integrales (sectoriales e intersectoriales) e intervenciones estratégicas con enfoque familiar y comunitario que contribuyan a fortalecer las capacidades de las personas y las familias, modificar los determinantes sociales, por tanto, mejorar las condiciones de vida de la población (SDP, 2004). En este sentido, Tú Vales se alineaba con este interés.

Teniendo en cuenta este primer contexto político y el diseño del programa que responde a una decisión tomada durante el Plan de Desarrollo anterior, Tú Vales logra sincronizarse a la voluntad política del momento debido a que se propone ir más allá de la prevención de enfermedades para tener un enfoque positivo de salud, una intervención promocional, y por tanto se toma la decisión desde la Secretaría Distrital de Salud de adaptarlo para su implementación a gran escala en el Distrito a través del Plan de Atención Básica (PAB), reglamentado en la Ley 100 como Plan de Beneficios concurrente con el POS, a cargo y financiado por el Estado y sus entes territoriales, y en esa medida se convenía y ejecutaba a través de las 14 Empresas Sociales del Estado de I y II nivel de atención en Bogotá.

El Plan de Atención Básica (PAB) 2007 en la generación de respuestas sociales integradas para afectar positivamente los determinantes de la salud y mejorar la calidad de vida de las personas de Bogotá, opera a través de las acciones de salud pública en ámbitos de vida cotidiana (SDS, 2007). El ámbito comunitario fue definido como “un espacio social donde transcurre la vida cotidiana de los sujetos para construir la vida colectiva que conduce a la conformación del tejido social a partir de las prácticas sociales en los espacios públicos... en estos espacios se configuran formas de vivir y de relacionarse que posibilitan construir sentidos colectivos y posturas frente a la vida y la salud; siendo un escenario fundamental para avanzar en la ciudadanía en salud”. (SDS, 2007)

De acuerdo a esta definición se consideró como objetivo del ámbito “Fortalecer el tejido social para mejorar la calidad de vida y la ciudadanía en salud, a través de la movilización social, la gestión para la salud pública, el fortalecimiento de habilidades y competencias sociales y el reconocimiento, desarrollo y mantenimiento de redes primarias y secundarias (grupos y organizaciones sociales)” (SDS, 2007). Para dar cumplimiento a estas acciones, el ámbito comunitario estaba compuesto por diferentes grupos de intervenciones ó componentes.

El grupo ó componente de *Fortalecimiento del Tejido Social de los grupos y organizaciones sociales y comunitarias* se refiere a las acciones en los procesos organizativos y sociales que buscan potenciar la autonomía para el ejercicio de la ciudadanía, “...esto implica la creación de espacios de discusión y negociación, de los que pueda surgir, por una parte, un conocimiento más profundo de la realidad que se desea transformar y, por otra, cambios en los paradigmas y prácticas que se dan tanto desde el sector gubernamental, como en otros ámbitos de actuación...”. (SDS, 2007)

De acuerdo a lo anterior, el programa Tú Vales, en su adaptación para implementación a gran escala, se incluyó con el nombre de “Promoción De Patrones De Consumo Alimentario, Actividad Física Y Espacios Libres de Humo Con Metodología De Acciones Basadas En Comunidad” en el componente de Fortalecimiento del tejido social del *Ámbito Comunitario* (proyecto 343) en coherencia con su objetivo general de promoción de las prácticas mencionadas y su objetivo específico de “Contribuir en el fortalecimiento de las competencias sociales de personas y organizaciones comunitarias facilitando la movilización social orientada a lograr condiciones favorables en la vida cotidiana de las personas alrededor de la actividad física, promoción de patrones alimentarios y el derecho a espacios libres de humo” (SDS, 2007). Para la primera mitad del año 2008 retoma su nombre como Promoción De Patrones De Consumo Alimentario, Actividad Física Y Espacios Libres De Humo a través del Programa “Tú Vales” y como tal se implementa hasta Julio de 2008.

A principios de 2008, se publica la Resolución 425 de 2008 en la cual, además de establecer la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes territoriales de salud, se redefine el PAB como Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), a lo cual Bogotá se acogió igualmente.

Para el año 2008-2012, el nuevo Plan de Desarrollo para Bogotá 2008-2012 “Bogotá Positiva”, se mantiene en los mismos principios del anterior gobierno para desarrollar sus políticas y programas en tanto podrían categorizarse por la misma ideología política, estableciendo intervenciones con enfoque de derechos, diferencial y poblacional. Entre el Objetivo Estructurante de “Ciudad de Derechos”, se pretendía construir una ciudad que reconozca, garantice y restablezca los derechos individuales y colectivos en pro de disminuir las inequidades; para ello, se formularon varios programas, entre los cuales se encuentra “Bogotá Sana” en el cual se pretendía garantizar el derecho a la salud a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud. (SDP, 2008)

La SDS en coherencia con el Plan de Desarrollo, construye el Plan Distrital de Salud en el cual define que una de sus metas estructurales es “Desarrollar una estrategia de comunidad saludable en cada una de las 20 localidades del Distrito Capital”. Este proyecto denominado Proyecto 627 Comunidades Saludables a través de Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se desarrolló en el ámbito comunitario el cual comprende un conjunto de acciones que promueven y fortalecen las interacciones que se dan en la comunidad y que implican el mejoramiento de la calidad de vida, que trasciende la organización que busca generar la construcción de sentidos compartidos entre las redes sociales, y que conduce a concretar planes de acción o agendas sociales a partir del enfoque promocional de calidad de vida y salud y la Gestión Social Integral GSI. (SDS, 2008)

Entre las categorías ordenadoras para la operación del ámbito comunitario, el programa Tú Vales se incluyó en la de *Promoción y protección de la autonomía de los sujetos individuales y colectivos en el territorio*, en la cual se agrupan las acciones que identifican, reconocen y fortalecen los procesos organizativos y sociales en busca de potenciar la autonomía para el ejercicio de la ciudadanía que se materialice en el mejoramiento de la a calidad de vida y la salud. (SDS, 2008)

En el año 2011, se reorienta el marco para la operación del PIC en Bogotá, en el cual la organización y desarrollo de las acciones colectivas se realizarían mediante tres componentes, entre ellos, la *Operación en ámbitos de vida cotidiana*, para el caso el ámbito comunitario, responsable de diseñar y operar respuestas integrales a las necesidades sociales a través de cuatro categorías. En la categoría 3 (tres) de Protección a la autonomía, se opera la respuesta integradora *Entornos Comunitarios Saludables*, la cual busca “...promover procesos de participación comunitaria y fortalecimiento del sujeto político para su empoderamiento y generación de cambios...” (SDS, 2011) y en este sentido se implementan las acciones basadas en comunidad del programa Tú Vales en conjunto con dos intervenciones que son Muévete comunidad y la Estrategia de Entornos Saludables.

En Enero de 2012, con el nuevo plan de gobierno, el nuevo Secretario de Salud, la reorientación al modelo de atención en salud en Bogotá que direcciona los recursos para el fortalecimiento de atención domiciliaria e individualizada con intervenciones como Salud a su Casa, se publica el Lineamiento técnico para la implementación de respuestas integradoras en el ámbito comunitario, donde Tú Vales no se incluye y se prioriza la implementación de Muévete comunidad hasta el mes de Julio cuando ya habría iniciado en rigor el nuevo plan de desarrollo.

Por tanto, a pesar de que los procesos y categorías estructurales hayan tenido diferentes nombres, a través de los dos planes de desarrollo descritos, el programa se pudo caracterizar dentro del mismo ámbito de vida cotidiana y bajo la misma categoría ó componente de operación.

Para el Julio del año 2012, inició el Plan de Desarrollo para Bogotá 2012-2016 “Bogotá Humana”, en el cual a pesar de que comparta y busque integrar los enfoques anteriores, los conflictos financieros y administrativos de los planes anteriores influyen para que se reoriente la intervención del Estado en la ciudad bajo una mirada de eficiencia en el uso del recurso público. Bajo este contexto, el PIC se reestructura nuevamente y reordena su componente de Respuestas a Necesidades a través de un único Programa denominado Territorios Saludables.

Este programa, con base en las Estrategias Promocional de Calidad de Vida y Atención Primaria en Salud, en su lógica ordenadora retoma como unidades estructurales Subprogramas Poblacionales (insinuando su abordaje a población diferencial) y su implementación a través de Ámbitos de vida cotidiana, sin embargo, la gama de programas comunitarios se dejan de lado sin mayor documentación al respecto e integrando todas las intervenciones (individuales y colectivas) a uno solo denominado programa Territorios Saludables. Tú Vales solamente se nombra en estos lineamientos como una experiencia más para el desarrollo de otras intervenciones colectivas enfocadas a la asistencia individualizada y cobertura informativa de diversos perfiles dejando de lado la generación de procesos comunitarios estructurados y continuos, que permitan no solamente prevenir enfermedades sino que además construir ciudadanía y generar cambios en las condiciones de vida de la población.

*“...Nosotros tratamos de mantener el programa, pero hubo situaciones de dinámica local y de situaciones políticas que no permitieron que el programa, uno el abordaje de los grupos formados, grave ya los teníamos todos cubiertos y 25 sesiones era una vaina muy larga y empieza la transformación política de Bogotá positiva y entramos a Bogotá humana, y reorganizan todo el abordaje de salud pública entonces el contexto del ámbito comunitario cambia totalmente ya es un tema de consejos... (De acuerdo a la descripción de esta actividad en los lineamientos, la definen con “s”) ...micro territoriales, territoriales, y pasa a una estrategia de Servicios de Salud Colectiva donde vemos la posibilidad de darle continuidad al programa pero cuando ven ese volumen de sesiones y unas temática ya marcadas obviamente queda volado y perdido. En este momento el programa Tú Vales no opera. Desde nivel distrital debimos ser un poco más abiertas, nosotras en el afán de mantener el programa con la estructura inicial no fuimos abiertas de mente de cómo retroalimentar esa investigación y decir esta es la transformación social y no tenía que ser las 25 sesiones con los 25 temas con los 3 profesionales definidos, sino como podía entrar una enfermera, si no que otras cosas eran del interés de la comunidad, con ese mismo grupo podía trabajar otras prácticas saludables...”*

### **6.3.2. Adaptación de cadena de valor/resultados de Tú Vales para su implementación a gran escala 2007 – 2008**

Durante la revisión documental, se identificó la necesidad de retomar la cadena de valor/resultados durante la implementación a gran escala, dado que la SDS realizó adecuaciones que se centraron en delimitar acciones concretas en los procesos y los productos de estos, que fueran coherentes con la dinámica administrativa y de supervisión de la SDS sin deformar el fundamento teórico, ni el contenido concreto de las sesiones.

#### **A. Insumos para la implementación a gran escala**

A través de la revisión documental del lineamiento técnico de Tú Vales (SDS, 2007; SDS, 2008) y sus anexos, se observó un nuevo instrumento de diario de campo adaptado por la SDS para su implementación durante el programa (Ver Figura 10). Cabe mencionar un ajuste a los siguientes insumos:

- Equipo interdisciplinario consolidado con certificación de haber participado del curso de competencias en desempeño del programa Tú Vales, o que presente soportes de haber sido capacitada por el equipo de la ESE con aval previo de la Secretaria.
- Compromiso por grupo participante para el desarrollo del programa Tú Vales debe contener las firmas de participantes y facilitadoras y acuerdos sobre horarios de trabajo, lugar, asistencia mínima para la constancia de participación y aportes en insumos por parte del hospital y por parte de la comunidad.

#### **B. Procesos para la implementación a gran escala**

Según lo establecido en el lineamiento técnico para la Promoción de Patronos a través de Tú Vales (SDS, 2007; SDS, 2008), se logró identificar los siguientes procesos divididos en 4 fases ó momentos que no

constituyen etapas secuenciales, son por el contrario un ordenamiento de las acciones en un desarrollo transversal a lo largo del mismo:

**i.** Apropriación de la perspectiva epistemológica y conceptual que orientan las acciones de Tú Vales. Este proceso concibe las siguientes actividades

- Alistamiento inicial de las personas o equipos que liderarán el trabajo
- Reconocimiento de los referentes conceptuales, políticos y normativos que orientan la acción
- Reconocimiento de acciones o estrategias efectivas para el acercamiento comunitario y la coordinación con los diferentes sectores que ofrecen bienes o servicios a los potenciales grupos sujeto de las acciones como beneficiarios del programa
- Desarrollo de reuniones de análisis periódicas. Apropriación del marco teórico y conceptual con el que fue diseñado el programa Tú Vales, estructurar el plan operativo interno para el inicio del acercamiento comunitario y buscar las estrategias de articulación y coordinación con otros ámbitos y componentes de salud pública.

**ii.** Acercamiento a la comunidad. Implican acciones de identificación, selección de los participantes, sensibilización sobre las prácticas abordadas por Tú Vales y concertación de tiempos, insumos y espacios con líderes y grupos comunitarios susceptibles de ser beneficiados y que deben cumplir con las siguientes características:

- Un grupo con trabajo reconocido por las personas de la comunidad
- Un grupo con permanencia histórica reconocida en la zona
- Que se identifiquen intereses colectivos definidos (con proyección de una misión y visión)
- La participación dentro del grupo sea espontánea y flexible.
- Un grupo con alta cohesión interna.
- Preferentemente mujeres y hombres adultos cuidadores de hogar

<b>FICHA DE REGISTRO (Anexo #2)</b>	
<b>Información General</b>	
Localidad, UPZ y barrio	
Nombre del Grupo	
Fecha de realización de la sesión	
Hora inicio y hora de cierre	
Nombre de la actividad	
Nombre de quien facilita la sesión	
Sitio de reunión	
<b>¿Quiénes la hacen?</b>	
Número de participantes	
Dinámica del grupo	<i>Sobre las relaciones entre las personas participantes, la participación, la comunicación, el nivel de cohesión o detrimento de las relaciones del grupo, lo que las personas cuente sobre las relaciones entre ellos y ellas en el grupo o por fuera de este, etc.</i>
<b>¿Por qué?</b>	
Objetivos de la sesión	<i>El que esta en la ficha y los que surjan de acuerdo al desarrollo del programa, por ejemplo objetivos frente a la dinámica del grupo o el discusión sobre el ejercicio de derechos por parte de los participantes, entere otros</i>
<b>¿Cómo se hace?</b>	
Desarrollo de la actividad	<i>Como se desarrollo la actividad, aportes del grupo al inicio de la sesión, que aspectos se cubrieron, que aspectos no se cubrieron, por qué?</i>
Elementos facilitadores	<i>Por parte del grupo, de la persona que facilita, logísticas o de insumos por parte del hospital</i>
Elementos obstaculizadores	<i>Por parte del grupo, de la persona que facilita, logísticas o de insumos por parte del hospital</i>
<b>Resultados de la actividad</b>	
Resultados obtenidos en función de las técnicas	<i>Si las actividades planeadas funcionaron como se espera si es necesario adaptar o modificar las técnicas empleadas</i>
Resultados obtenidos en función de los objetivos	<i>Si se cumplieron los objetivos de la sesión y los objetivos del programa teniendo en cuenta lo que la personas manifiesta y lo observado por la facilitadota. Conclusiones del grupo. Aplicación de los temas del curso en la vida cotidiana</i>
Retroalimentación de la actividad por parte de los actores comunitarios	<i>Si les gusto la sesión, comentarios que tengas frente al programa que se hayan manifestado en la sesión</i>
Lecciones aprendidas, sugerencias y ajustes a la sesión de acuerdo con la evaluación realizada por el facilitador.	
Interese, necesidades manifiesta u observadas de la comunidad	<i>Las que se hayan manifestado en la sesión o las que se hayan identificado durante lo corrido del proceso.</i>
Posibilidades de articulación con otros procesos del sector salud ( Consignar cuando aplique)	<i>Si la conformación de este grupo es producto de la articulación con otro proceso anterior, si ha sido posible integrar este proceso a otros, si a futuro se ve alguna posibilidad de poder articular este proceso a otro o si no aplica esta casilla</i>

*Figura 10. Anexo 2 Ficha de registro, Lineamiento técnico Promoción de Patrones de Consumo de Frutas y verduras, actividad física y Espacios libres de humo con metodología de ABC. Bogotá, 2007-2008. Tomado de SDS, 2007-2008*

- iii. Desarrollo de acciones de implementación. Comprende las siguientes acciones directas con los participantes:

- Lectura compartida de necesidades particulares frente a las temáticas que aborda el programa Tú Vales y un análisis situacional del contexto, de sus vivencias, creencias percepciones de acuerdo a sus a sus condiciones socioculturales, características étnicas, perspectivas de género, etc.
  - Utilizar el material diseñado y validado del facilitador y el de la comunidad.
  - Promover demanda inducida hacia programas de prevención de los servicios de atención sanitaria
  - Desarrollar los componentes de Información y comunicación, educación, y soporte social con los contenidos temáticos ya evaluados durante los estudios de efectividad y costo-resultado, a través de sesiones de 2 horas con frecuencia semanal en forma intercalada o con base en la concertación con cada grupo.
  - En el desarrollo de cada sesión el facilitador debe hacer diligenciamiento de la ficha de registro (Ver Figura 10) con los aspectos más relevantes de lo ocurrido en las sesiones con los grupos, lo que permitirá posteriormente sistematizar el proceso. Adicionalmente debe haber registros fotográficos y en video, registro en sonido de testimonios y trabajos grupales.
  - Realizar discusiones técnicas semanales para revisar el desarrollo de las sesiones, discutir las dificultades y compartir las experiencias practicas de trabajo entre el grupo, verificar el cumplimiento del plan de acción y hacer ajustes de temáticas de técnicas y logísticas usadas en lo operativo. Debe haber una acta de cada sesión de discusión como insumo para la sistematización.
- iv. Sistematización. Quedó definido como el proceso de recoger la información pertinente: Está constituida por diligenciamiento de la Ficha de registro de las sesiones, consolidación de estas fichas para la construcción de un informe de sistematización crítica que aporte en forma permanente elementos para mejorar el programa.

### **C. Productos para la implementación a gran escala**

Los productos enunciados durante la implementación de Tú Vales son:

19 sesiones de dos horas con periodicidad semanal soportadas en fichas de cada sesión, fichas de registro y listados por cada una donde se abordaron los módulos de frutas y verduras (7 sesiones), actividad física (7 sesiones), Lidera cambios (3 sesiones), y promoción de espacios libres de humo (2 sesiones) (Ver Tabla 3). Además de ello, se deben realizar 6 horas de evaluación (inicial, intermedia y final) a cargo del perfil de trabajo social, encuentros semanales de reunión de equipo soportados a través de actas, listados, informe de sistematización y grupos con certificación de participación en el las acciones.

*Tabla 3. Contenido por componente y sesión, Lineamiento técnico Promoción de Patrones de Consumo de Frutas y verduras, actividad física y Espacios libres de humo con metodología de ABC. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, 2007-2008*

<b>COMPONENTE</b>	<b>SESIONES</b>	<b>CONTENIDO</b>
<b>LIDERA CAMBIOS</b>	1	Identidad
	2	Habilidades para negociación, conciliación y comunicación
	3	Empoderamiento, multiplicación
<b>FRUTAS Y VERDURAS</b>	1	Percepciones en cuanto al consumo de frutas y verduras. Preparación de la alimentación familiar: recetas con verduras y frutas.
	2	Alimentos e importancia de su consumo. Conceptos básicos.
	3	Higiene y manipulación de alimentos y cuidado de los dientes.
	4	Grupos de alimentos y la importancia de su consumo.
	5	Alimentación ajustada al presupuesto familiar.
	6	Alimentación recomendada por grupos de edad. El momento de la comida
	7	Preparación de la alimentación familiar: recetas con frutas y verduras.
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	1	Qué es la actividad física? Conceptos, tipos y beneficios de la actividad física
	2	Cómo se debe realizar la actividad física? Criterios de la actividad física que genera

<b>COMPONENTE</b>	<b>SESIONES</b>	<b>CONTENIDO</b>
		beneficios en salud. Pasos para el desarrollo de una jornada de actividad física.
	3	La caminata en tiempo libre y como medio de transporte.
	4	Identificación de los espacios que brinda cada uno de los barrios para la realización de la actividad física saludable.
	5	La importancia del fortalecimiento y estiramiento muscular.( Miembros superiores)
	6	La importancia del fortalecimiento y estiramiento muscular.( Tronco y Miembros inferiores)
	7	La actividad física como medio de recreación y esparcimiento.
<b>ESPACIOS LIBRES DE HUMO</b>	1	Consumo de tabaco decisión personal que afecta al individuo y la familia. Identificación de los efectos nocivos del consumo de tabaco Reconocimiento de los efectos que tiene el HCA (humo, cigarrillo, ambiente) en el fumador pasivo. Derechos y deberes del fumador y del no fumador.
	2	Medidas y acuerdos para disminuir la exposición al humo del cigarrillo Identificación de condiciones que posibilitan la adopción de un hogar libre de humo
<b>TOTAL</b>	19 sesiones	

\* Tomado de SDS, 2008

#### **D. Resultados para la implementación a gran escala**

Los resultados que se pretenden con la intervención en términos de los objetivos planteados son:

- Elementos caracterizados del espacio físico y social asociado al consumo de frutas y verduras, a la práctica de actividad física y al respeto por los derechos a vivir en espacios libres de humo.
- Fortalecimiento de las competencias sociales de personas y organizaciones comunitarias facilitando la movilización social orientada a lograr condiciones favorables en la vida cotidiana de las personas alrededor de la actividad física, promoción de patrones alimentarios y el derecho a espacios libres de humo.
- Fortalecimiento y mejoramiento del programa Tú Vales, a través de un proceso de sistematización que haga relevante los aprendizajes y el desarrollo permanente de elementos metodológicos y operativos que dinamicen el programa con la participación de las cuidadoras.
- Aporta a la generación de condiciones favorables en la vida cotidiana de las personas a corto y mediano plazo a través del incremento del consumo de frutas y verduras, los niveles de actividad física, los acuerdos por espacios libres de humo y la capacidad de liderazgo.

Es importante destacar que los lineamientos del programa durante su periodo de implementación 2007-2010 refieren que no se requiere realizar evaluación de resultados dado que los estudios probaron la efectividad del modelo en el que se encuentra inmerso Tú Vales y la pertinencia del marco teórico de acciones basadas en comunidad, en conjunto de unos insumos, unos procesos, unos productos que deben dar los resultados esperados. Es decir, el diseño, el proceso y los productos a entregar se soportan bajo la evidencia en salud pública. De esta manera, se plantea que a partir del proceso de Sistematización se hará parte del seguimiento a las acciones implementadas con el fin de retroalimentar y mejorar continuamente la ejecución de las acciones y verificar que se generó el impacto esperado.

***Diferencias de la cadena de valor/resultado entre el periodo 2007-2008 y el periodo de implementación a gran escala 2009-2011***

Durante la revisión documental y la profundización con entrevistas a las profesionales de las ESE participantes en la implementación de Tú Vales, se identificaron diferencias entre algunos elementos de la cadena de valor resultado de los estudios de diseño y en la cadena de valor propuesta en los lineamientos técnicos entregados por la SDS a las ESE para la implementación a gran escala.

La identificación de estas diferencias surgió también en parte por las experiencias contadas de los participantes en la implementación. Estas diferencias se sustentaron en la praxis y la diferencia de los dos ejercicios (tanto el de diseño como el de implementación), en tanto el equipo investigador que participó en el diseño no fue el mismo que realizó asistencia técnica ni acompañamiento a la implementación a gran escala a pesar de que participó en las capacitaciones para el desarrollo de las competencias del talento humano contratado por las ESE para la implementación del programa. Las dos posiciones en discusión fueron:

- El equipo de investigación FES-SDS refirió que la garantía de la efectividad y mantenimiento del efecto del programa estaba en no omitir ni modificar elementos en la cadena de valor/resultado tal como se entregó luego del diseño y su evaluación Ex Ante.
- El equipo técnico de la SDS a cargo de supervisar y realizar las respectivas adecuaciones del programa durante la implementación refirió que la estructura de Tú Vales tenía una flexibilidad relativa en la cual se permitía hacer modificaciones.

*“...me acuerdo que (investigador de la FES) les ponía el ejemplo del televisor y le decía a (funcionaria de la SDS): yo te estoy entregando el televisor y sirve siempre y cuando 1 lo conectes a la pared y 2 no lo dejes mojar, si tú quieres poner el televisor en el fondo de una piscina yo no te voy a dar garantía, yo no voy a responder si ese televisor se te daña y me acuerdo la discusión con (funcionaria de la SDS) diciéndole porque ella tenía la presión política de des-encapsular el programa entonces quería ser flexible, pero hasta dónde va el ser flexible? Y (funcionaria de la SDS) que no tenía la historia era más dispuesta a cambiar el programa porque es enfermera y es del putumayo del valle del Guagués donde se han trabajado con los indígenas procesos comunitarios y se ha dedicado mucho a la comunidad y vio ese potencial y veía que era como envidioso no dejar salir el programa a otros escenario a otros contextos, entonces había dos posturas ahí: cógete lo de comunidad pero no te puede llevar Tú Vales entonces esa fue la discusión y me acuerdo que le dijo oes como comprar un televisor y se te daña y pides garantía que te van a decir en la garantía? Lo dejó caer? Le calló agua? Le conectó la corriente? Entonces cuando tú dices que hizo todo lo que dijo entonces yo le respondo por la garantía y (investigador de la FES) le dice y no es correcto invertir plata pública en programas que no se les ha medido la efectividad, porque es detrimento patrimonial no solo por la plata que gastaste diseñando la tecnología sino además por la plata que vas implementar haciéndole los cambios pero pues eso eres tú y claro (funcionaria de la SDS) le entregó eso a Acciones, y allá en Acciones hicieron otras reflexiones...”*

– Entrevistado 2

*“...El lineamiento, era absolutamente claro, en un momento pensamos flexibilizar el lineamiento pero eso fue supremamente complejo, no contratar personas sin experiencia, y donde los hospitales donde pasó eso el programa se calló, sino que técnicamente el programa es muy*

*explícito en las temáticas, se dio mucha libertad y se presentaron dificultades con el perfil de nutrición donde la oferta de las nutricionistas en el distrito es muy bajo, además que entra el tema de condiciones laborales, salariales...muchas comunidades cuando empezamos a hacer servicios de salud colectiva decían hagamos Tú Vales, pero empezaron a meter otras cosas que finalmente son el recargado de Tú Vales, donde no solo se le da la oportunidad a la nutricionista si no a la enfermera pero hay posiciones muy radicales en la SDS que dicen eso no es Tú Vales. Tú Vales es un nombre? Es un programa? Cuál es el objetivo futuro de Tú Vales? Promover generar personas garantías de derechos, tener un ejercicio de corresponsabilidad, pero si Tú Vales se encierra en un nombre con tres categorías se acabó...”*

– Entrevistado 10

De acuerdo a ello, a continuación se describirán las diferencias entre el diseño planteado en el periodo 2007-2008 resultado del proceso de investigación con la cadena de valor/resultado socializada e implementada durante el periodo 2009-2011.

#### **A. Diferencias en la población beneficiada**

- El estudio de evaluación del programa a 2007 arrojó resultados de efectividad del programa teniendo como entrada la población participante a través de criterios de inclusión para el desarrollo de las actividades y se hizo énfasis en reforzar el enfoque de género y mujer, las edades, el tiempo de residencia, el rol de cuidadoras de hogar y la estratificación social.

Entre el año 2008 y 2010 no se mantuvo la definición de la población participante del diseño, en tanto: la unidad poblacional no era la mujer sino grupos de base comunitaria, no se definieron las edades límites, la intervención contempla la integración de mujeres y hombres cuidadores de hogar, no se tuvo en cuenta la estratificación social y no se tuvieron en cuenta otros criterios como la exclusión de mujeres con alguna condición mental ó física que le limite y/o adolescente en gestación. Durante el 2011 se definió únicamente que la edad de las mujeres y hombres sería de 18 a 64 años y no se priorizaría la intervención por otra condición diferencial/poblacional.

Estas diferencias en la población que se beneficiaría del programa no han sido documentadas ni sus implicaciones. Sin embargo, de acuerdo a la revisión realizada del diseño, la población de mujeres se escogió por diversas razones entre ellas, la intención de afectar los factores de riesgo que sostienen las diferencias de prevalencia de enfermedades crónicas entre géneros, orientando la intervención hacia la mujer con enfoque de género. Al no tenerse en cuenta dichas condiciones, posibilitó que los hombres

permearan un espacio de construcción femenina facilitaría la cohesión social, y dado que no fue un espacio femenino, el impacto esperado a largo plazo pudo haber cambiado.

La segunda fue en aprovechar que las mujeres cuidadoras de hogar tienen mayor potencial para multiplicar las prácticas en los integrantes de su familia, y en este sentido, la intervención orientada al rol de cuidadora de hogar permite la multiplicación de las capacidades y prácticas desarrolladas con sus esposos, hijos y vecinos. Las condiciones de los integrantes de los grupos, como el abordaje de grupos mixtos, además grupos de mujeres y hombres, los beneficiados posiblemente no tuvieron la potestad de cambiar sus prácticas a través de Tú Vales debido al contexto en el que se reunía el grupo (comedores comunitarios, población con limitaciones, grupos con adolescentes gestantes)

## **B. Diferencias en los Insumos**

- Los Lineamientos técnicos del año 2011 establecieron insumos adicionales a los ya propuestos durante el 2007-2008, referidos como: fichas de evaluación, guía de evaluación cualitativa a recolectar y analizar. Este insumo adicional implicó complementar la ficha de registro el cual se registraba como único insumo para la sistematización. Sumado a ello, se integra al perfil de profesional ambiental en la realización de acciones y dado el aval de la SDS el de terapeuta ocupacional en lugar de fisioterapeuta dado se dificultara contar con dicho perfil.

## **C. Diferencias en los procesos**

- Durante el año 2011, el lineamiento estableció un cambio en el número de sesiones de nutrición (aumentó a 9 sesiones con dos temáticas adicionales) y se asignaron las sesiones de espacios libres de humo al profesional ambiental.
- Para 2011 el lineamiento estableció la disminución en la frecuencia de las reuniones del equipo operativo de semanal a quincenal debido a la disminución de los tiempos de disponibilidad de los profesionales para el programa, en tanto, debían apoyar otras actividades e intervenciones que se integraban al lineamiento como respuesta integradora (entre Muévete y Entornos ambientales). Esto podría implicar que el equipo exclusivo para Tú Vales debía compartirse otras

intervenciones disminuyendo su dedicación a mejorar los aspectos de implementación del programa.

- Para 2011 el lineamiento planteó una diferencia en el tiempo de ejecución, en tanto en el diseño inicial de 2007 se pretendía implementar Tú Vales en un tiempo de 4 a 6 meses. En 2011 a través de las respuestas integradoras el tiempo se amplió a 10 meses para la ejecución de todas las intervenciones entre sesiones de Muévete, Tú Vales y Entornos ambientales.

Esto también podía implicar que las profesionales a cargo de Tú Vales que en principio tenían que lidiar con las dificultades de implementación de Tú Vales, también tuvieran que lidiar con las dificultades de las otras intervenciones y esto pudiera limitar su aporte al mejoramiento del programa en la implementación.

#### **D. Diferencias en los productos**

Los lineamientos técnicos del año 2011 establecieron productos por fase los cuales se diferencian de los anteriores así:

- No se define como producto que el equipo interdisciplinario tenga la certificación de haber participado del curso de competencias en desempeño del programa Tú Vales, o que presente soportes de haber sido capacitado por el equipo de la ESE con aval previo de la Secretaria. Se solicita como producto el plan de capacitación en enfoque, metodologías y técnicas de programas basados ABC.
- Además de la realización de 21 sesiones de dos horas con periodicidad semanal soportadas en fichas de cada sesión, fichas de registro y listados por cada una, se solicita como producto los medios de verificación en magnético que facilite su envío para supervisión de la referente de SDS.

## **E. Diferencias en los Resultados**

- En el año 2011, los resultados esperados según el lineamiento técnico de la SDS son: Grupos de personas que promueven factores protectores a nivel individual y de su red primaria familiar relacionados con alimentación saludable, actividad física, espacios libres de humo que se motivan según sus intereses a participar libremente en Grupos de Muévete Comunidad.

En este sentido, las acciones realizadas de Tú Vales buscaban el mantenimiento de los grupos abordados a través de su consolidación para un segundo abordaje de los mismos con acciones de Muévete Comunidad.

### **6.3.3. Reconstrucción de la cadena de entrega del programa durante su implementación a gran escala**

Para este estudio de caso, la cadena de entrega se representará a través del análisis de la eficacia y el análisis de la eficiencia según Figura 11. Se hicieron los respectivos análisis a partir de las unidades de texto identificadas entre las diversas fuentes de información (Lineamientos técnicos para la implementación, informes de gestión locales y distritales, entrevistas a los participantes).

**A. Análisis de la Eficacia.** Se analizará la eficacia a partir de los siguientes actores y elementos que permiten la replicación de los procesos y, por tanto, del efecto del programa durante su implementación:

- **Talento humano competente.** De acuerdo a las salidas del programa para su implementación a gran escala, se definió que se tendría un equipo interdisciplinario de profesionales de Nutrición, Fisioterapia y Trabajo Social con certificación de haber participado del curso de competencias en desempeño del programa Tú Vales, o que presente soportes de haber sido capacitada por equipo de la ESE con aval previo de la Secretaria.

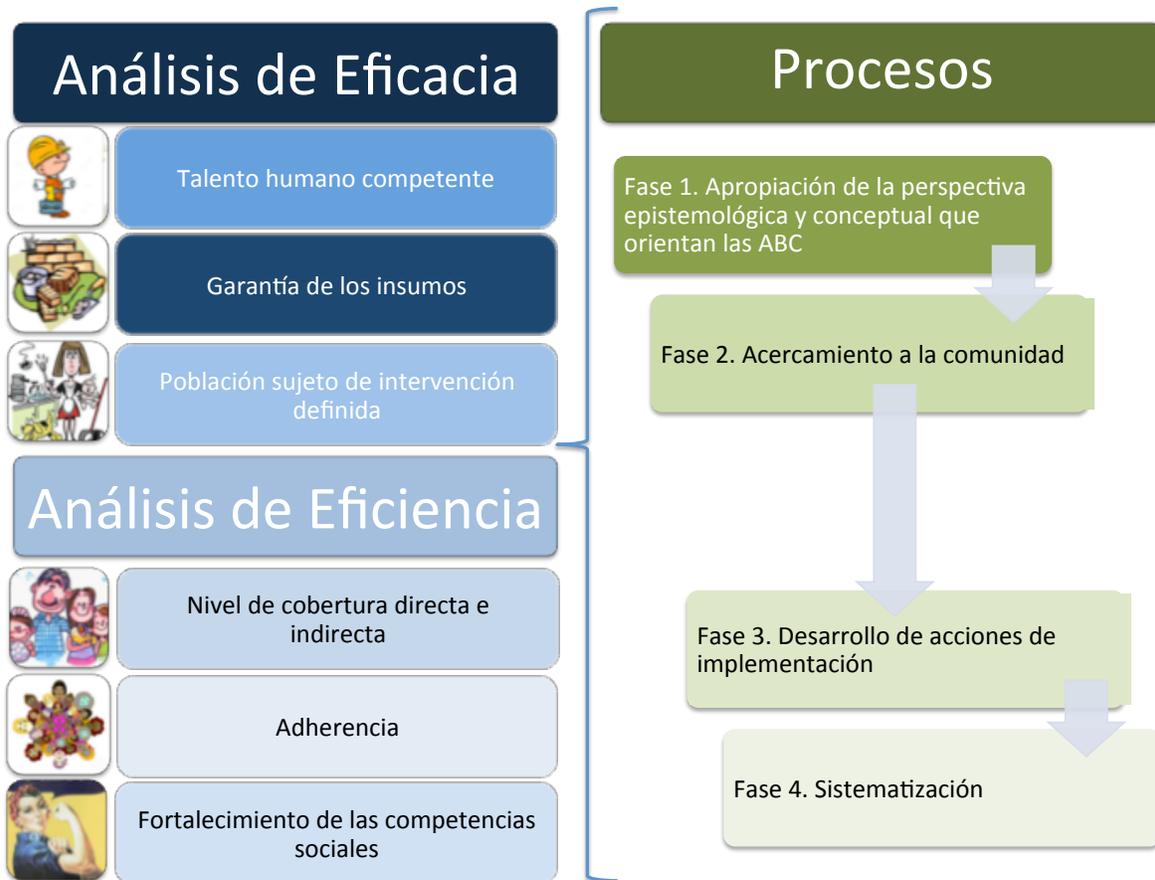


Figura 11. Representación gráfica de la cadena de entrega durante la implementación a gran escala, Programa Tu Vales. Bogotá, 2007-2011

Respecto a ello, la revisión documental de los Lineamientos técnicos realizada permitió inferir que las ESE debían garantizar la contratación del talento humano según los perfiles definidos. Los perfiles contratados deben cumplir con un requisito de formación en Acciones Basadas en Comunidad. En cuanto a cómo se garantizaba dicha formación y fortalecimiento de capacidades, por una parte la SDS podía generar y financiar el mecanismo para capacitar a los contratistas en las ESE a través del curso de ABC para los facilitadores. De otra parte, los funcionarios que ya tuvieran la experiencia y la formación podían mediante aval de la SDS, capacitar y brindar acompañamiento en campo a los nuevos profesionales, de manera que se debía construir un plan de capacitaciones y radicarlo a la SDS.

A través de la verificación de las actas de seguimiento y acompañamiento del programa desde la SDS y los informes de gestión, se identificó que la insuficiencia de recursos como las normas que

regulan el ejercicio de capacitación a los contratistas fueron limitaciones en la Macro gestión organizacional para que los miembros de los equipos operativos se beneficiaran de un curso de Acciones Basadas en Comunidad. Dicho curso no se realizó todos los años de implementación, por el contrario se realizó solamente dos veces durante el periodo y el resto de talento humano que se contrató para realizar las acciones se capacitó a cargo de sus compañeros operativos a través de los planes de capacitación y de los funcionarios de la SDS en reuniones de asistencia técnica haciendo la respectiva evaluación de las competencias adquiridas como acción de la Macro gestión Programática.

*“Avances y situaciones a mejorar Tú Vales. "Según referente desde Tú Vales siempre se ha procurado tener un rubro para capacitación, sin embargo, existe una norma que no permite capacitar contratistas”.*

En Actas de seguimiento a la gestión Tú Vales, Institución 1, 2009

*“Lograr coherencia con los objetivos del ámbito comunitario, mantenimiento de habilidades como equipo; garantizar la actualización permanente del talento humano; (28 profesionales con certificación, 27 profesionales sin certificación); Se debe tener durante el lineamiento la capacitación completa de los equipos para garantizar la efectividad del trabajo dentro de marcos metodológicos y teóricos”.*

En Actas de seguimiento a la gestión Tú Vales, Institución 1, 2009

*“La demora en la contratación del profesional de nutrición repercutió en que no existiera un proceso articulado de las 3 áreas desde el principio, también influyó en el hecho de que fuera necesario concertar con los grupos, tiempo adicionales. La demora de la contratación se debió a la dificultad en encontrar el profesional con el cursos de “Tú Vales” y que aceptará ser contratada por medio tiempo”.*

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 1, 2009

*“Fortalezas: Articulación del Hospital con organizaciones comunitarias como las Juntas de Acción Comunal en el préstamo de Espacios Físicos (Salones Comunes) que favorecen la implementación del programa Tú Vales; Conformación completa del equipo Tú Vales”.*

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 3, 2009

*“Apropiación De La Perspectiva Epistemológica Y Conceptual en la que se fundamenta el Programa TÚ VALES. El Hospital cuenta con un equipo operativo capacitado, que viene trabajando desde el inicio mismo del programa a nivel de todas las localidades del Distrito y se vinculo una nueva fisioterapeuta, capacitada también por la FES y la SDS en su momento quien ha trabajado como profesional de apoyo en el área de Actividad Física, con seis de los grupos actuales”.*

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 5, 2009

*“La cualificación del equipo de profesionales durante estos 4 años se ha logrado mediante el Fortalecimiento de competencias de desempeño para ejecutar el programa, a través de actualizaciones dadas en el 2007 por la Fundación FES Social, a un grupo de 100 personas del sector salud y otros sectores que coordinan acciones con salud. En el 2010 con la Universidad Pedagógica se realiza un proyecto para fortalecer competencias con otros 100 trabajadores que realizan acciones en ámbitos de la vida cotidiana de las personas”.*

Informe de Gestión, Institución 1, 2010

*“...el lineamiento, era absolutamente claro, en un momento pensamos flexibilizar el lineamiento pero eso fue supremamente complejo, no contratar personas sin experiencia, y donde los hospitales donde pasó eso el programa se calló, sino que técnicamente el programa es muy explícito en las temáticas, se dio mucha libertad y se presentaron dificultades con el perfil de nutrición donde la oferta de las nutricionistas en el distrito es muy bajo, además que entra el tema de condiciones laborales, salariales...”*

– Entrevistado 10

*“...la gestión también correspondía a hacer cursos de capacitación para las personas que iban a trabajar “Tú Vales”, porque era un cambio de enfoque al que normalmente desde sector salud, ¿sí?, las personas tenían que manejar muy bien acciones basadas en comunidad, el modelo socio ecológico, ¿sí?, un enfoque constructivista de como en el contexto en el que yo estoy construyo cosas que me sean útiles, ¿no?... con lo que tengo fundamentalmente, entonces se gestionaba en ese momento en la secretaria de salud la necesidad de abordar las enfermedades no trasmisibles desde un enfoque promocional...”*

– Entrevistado 11

*“...se logró consolidar unos equipos muy comprometidos con los programas porque era como, en cada hospital, esos equipos eh... tenían como una característica especial porque una de una de las cosas que más se les exigía es que ellos apliquen lo que estaban predicando, ¿sí?, y lo otro por el programa eran muy bien estructurado entonces estructuraban sus acciones y sus informes y todos los que ellos iban a promover y se complementaba muy bien el equipo formado por una trabajadora social, por una nutricionista y con una persona del área de actividad física luego se vincularon, los físicos, terapeutas y personas expertas en salud ocupacional, entonces se consolidaban bien todos estos equipos y se dio la oportunidad de tener dentro de la secretaria de salud presupuesto paraqué se les haga sus cursos de capacitación, mejorar su desempeño adquiriendo competencias en el manejo de los programas, cuando se tenía...”*

– Entrevistado 11

Respecto a la Meso gestión Organizacional a cargo de las entidades locales, las ESE mantuvo acciones de gestión para fortalecer el talento humano que desarrollaría las acciones en campo, entre ellas, permitir los tiempos para asistir a la capacitación dadas las formas de contratación, promover el

apoyo entre el mismo equipo a través del plan de capacitaciones con aval de la SDS. No se evidencia que para esta relación actores-instituciones-elemento de análisis de la cadena se hubiera realizado acciones de Micro gestión.

*“...Si también estuve en la capacitación del diplomado que lo dio la fundación FES no recuerdo tampoco la intensidad horaria pero si las temáticas los módulos y los momentos y sobre todo el soporte conceptual de la estrategia. Estaba basada como en la teoría del socio constructivismo...”*

- Entrevistado 9

*“...Tuve como un proceso de inducción, estaba (nombre de compañera) que era la fisio (fisioterapeuta) en ese momento. Fue la que me hizo la inducción respecto a Tú Vales, y ya pues empezamos un proceso de formación, porque pues teníamos digamos que un requisito era que tuviéramos lo de ABC los que manejábamos Tú Vales entonces hubo como la posibilidad de que tuviéramos una capacitación a nivel interno del hospital obviamente con la asesoría en ese momento de (funcionaria de la SDS)...”*

- Entrevistado 6

- **Garantía de los insumos/materiales con calidad.** Respecto a los insumos, en la cadena de valor se describieron ciertos materiales mínimos necesarios para llevar los procesos de Tú Vales a la operación. Dichos insumos se pueden clasificar en dos tipos: insumos e infraestructura para la operación e insumos para el desarrollo de los componentes Información, Comunicación y Educación.

A partir de la revisión documental en los informes de gestión locales y distrital y las entrevistas realizadas a las personas que participaron en la implementación, se infiere que en términos generales la SDS entre sus acciones de Macro gestión Organizacional logró la reproducción del material diseñado con los criterios de calidad evaluados durante el diseño del programa; A nivel local por la gestión desde las acciones desarrolladas por las ESE (Meso gestión Organizacional) se contó con el material para la operación y con la comunidad se logró la consecución de los espacios (infraestructura) para el desarrollo (Micro gestión Organizacional).

Se describieron dificultades relacionadas con los procesos y procedimientos para la consecución de los mismos, como el exceso de trámites e inclusive movilización de los insumos al punto de entrega (Factores de la Meso gestión Organizacional), y desventajas relacionadas con la vinculación de los profesionales a las ESE, ó de los participantes para que aportaran los insumos, movilizand acciones de gestión de la ESE (Meso gestión Político-ciudadana).

*“La disponibilidad de materiales de buena calidad para distribuir a las personas que participan del programa ha sido uno de los logros importantes, por tres oportunidades se ha gestionado los recursos para la reproducción de los Folders que contienen las fichas de recordación y practicando en casa. Las reproducciones se han hecho por 10.000, 6.000 y 5.000 ejemplares”.*

Informe de Gestión, Institución 1, 2010

*“El trabajar con los recursos propios de la comunidad permitió que ellos reflexionaran sobre la importancia de realizar actividad física en su casa, reciclando elementos que no usaban y que no veían su utilidad para realizar actividad física doméstica”.*

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 2, 2009

*“• La demora en la contratación del profesional de nutrición repercutió en que no existiera un proceso articulado de las 3 áreas desde el principio, también influyó en el hecho de que fuera necesario concertar con los grupos, tiempo adicionales. La demora de la contratación se debió a la dificultad en encontrar el profesional con el curso de “Tú Vales” y que aceptará ser contratada por medio tiempo.*

*• Se contó con los insumos necesarios para la ejecución de las acciones en todas las áreas. Fue muy importante la colaboración prestada por las madres FAMI en la adquisición de los recursos para que la sesiones se ejecutaran de la mejor manera”.*

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 3, 2009

*“RECURSOS: El hospital (ESE) celebró un contrato con la caja de compensación familiar CAFAM para la adquisición semanal de los alimentos e insumos requeridos para la elaboración de las recetas, facilitando de esta manera su aporte. El pendón y el póster fueron conocidos por los participantes de los grupos al finalizar las sesiones y serán utilizados en el Evento de Certificación general.*

*Paralelo a la caracterización se hicieron los compromisos o acuerdos generales, donde los grupos se comprometen con su firma al aporte de la mitad de los insumos alimentarios necesarios para la elaboración de las recetas del área de nutrición, también a participar activamente de las sesiones de espacios libres de humo – lidera cambios y del área de actividad física asistiendo con ropa y zapatos cómodos”.*

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 5, 2009

*“Por la gestión realizada a nivel local, entre los años 2006 al 2008, se logró con recursos del Fondo de desarrollo Local ampliar el cubrimiento de personas con el programa Tú Vales. Estos proyectos se efectuaron en las Localidades de Chapinero, Usaquén, Tunjuelito, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba, Santa fe, Candelaria entre los principales. Una de las limitaciones que surgió para ejecutar el programa en algunas Localidades fue la carencia de Talento Humano con las competencias para ejecutarlo cuando el responsable del proyecto era*

*una ESE de segundo nivel o se subcontractaba a ONG”.*

Informe de Gestión, Institución 1, 2010

*“...para nosotros era muy importante mirar eso y que les entregarán los materiales, los hospitales se les pedía siempre que a las personas que hacían el curso se les entregue siempre los materiales de recordación que eran fundamentales para el desarrollo de las sesiones, unas fichas, un foro donde estaban los tres módulos, las diferentes fichas de los módulos, con sus tareas para la casa, y todo el recetario, y el semanario de actividad física...”*

– Entrevistado 11

*“...Inicialmente lo que te digo se hacía la planeación, ósea tocaba partir del o sea la primera sesión había la hojita de la receta cierto? Pero como además se iba, mensualmente uno tenía que hacer toda la planeación sacar costos y todo y se presentaba a la coordinación PIC, la coordinación decía a listo entonces conseguimos los insumos y ya para tal día usted tiene los insumos y lleve...”*

– Entrevistado 7

- **Población servida sin sesgos.** De acuerdo al diseño entregado a partir del estudio de costo-resultado, se determinaron unas características particulares de las mujeres participantes, entre ellas: a) tener entre 18 y 55 años de edad, b) contar con mínimo seis (6) meses de residencia en el barrio, c) residir en uno de los barrios seleccionados, d) manifestar como una de sus actividades en el último año el cuidado de menores de 15 años, e) no haber participado en el programa Tú Vales, f) disponer de tiempo para participar, g) no tener condiciones físicas y mentales que limitaran su participación h) principalmente dirigido al estrato socio-económico 2, y, i) Se excluyeron madres adolescentes.

Sin embargo, se infiere la posible existencia del sesgo de población servida desde las adaptaciones del diseño para su implementación a gran escala que permitieron que la intervención fuera permeable y operable en grupos de mujeres y hombres a razón de las dos siguientes causas: 1) participación voluntaria de población que no necesariamente cumpliera los criterios de selección para la implementación de la intervención según su diseño; 2) favorecer su participación en términos de cobertura requerida para el cumplimiento de las metas de cobertura. La magnitud de dicho sesgo pudiera verse en un análisis más detallado en otro tipo de investigación, que pretenda evaluar la implementación y el impacto del programa.

*“Se define el tiempo de dedicación para la implementación de Tú Vales con 250 horas por grupo entre 3 profesionales; ampliar rangos de edad de 18 a 60 años hasta de 15 a 64 años priorizando*

*cuidadoras de hogar, que en su mayoría sean adultos y no persona mayor”.*

Informe de Gestión, Institución 1, 2010

Actas de seguimiento a la Gestión, Institución 1, 2009

*“El Programa Tú Vales durante el segundo semestre tuvo una mayor cobertura en la etapa del ciclo vital de adultez, dado que para este periodo se dirigió la implementación de acciones hacia el grupo de personas cuidadoras para las cuales fue diseñada la intervención. Aunque también se hizo cobertura con la persona mayor, los resultados de este grupo etario frente a los objetivos del programa son satisfactorios, dado el compromiso y el alto grado de cohesión que existe en las asociaciones de las personas pertenecientes a esta etapa vital. Sin embargo, es de destacar que para este semestre se contó con la participación de un buen número de jóvenes que vieron en la intervención de Tú Vales una alternativa de capacitación para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de su comunidad. Aunque los jóvenes no tuvieron una muy buena respuesta a la luz de los objetivos del programa Tú Vales, dado que no respondía a sus expectativas, lo cual generó inconformismo en algunas de estas personas.*

*Cerca del 75% de las personas intervenidas en Tú Vales habitan en barrios de estrato socioeconómico 1, seguido de un 20% de estrato 2 y un 5 % de zona rural (Mochuelo). Esto muestra que la mayoría de participantes muestra una característica en común como los bajos niveles económicos y la vulnerabilidad que es muy común en la localidad. Eso contrasta con los resultados del primer semestre, que arrojaron que el 100% de las personas participantes pertenecía al estrato 2. Tal vez este resultado es debido a que se amplió la cobertura a casi todas las UPZ de la localidad, no como en el semestre anterior que la cobertura se concentró en una sola UPZ y que esta contaba con barrios de estrato 2.*

*Para el segundo semestre de 2007, se contó con la participación de la Asociación comunitaria AFRODES, la cual es una asociación de personas pertenecientes a comunidades Afrodescendientes, y ocupan el 10% del total de las personas participantes. Dado que Ciudad Bolívar es una de las localidades en el Distrito que funciona como sitio receptor de población en condición de desplazamiento, para el segundo semestre de 2007, el Programa Tú Vales brindó cobertura con estas personas, siendo el 26% de los participantes personas en condición de desplazamiento”.*

*“Respecto a la etapa de ciclo vital de los 12 grupos donde se ejecutó el programa, el más alto se encuentra en la etapa de adulto comprendido entre las edades de 26 a 59 años, con presencia de 142 personas de las cuales 139 pertenecían al sexo femenino y 3 al masculino; la representación del grupo de personas mayores fue muy bajo, se contó con 5 mujeres y 2 hombres, esta población no se ubicó para llevar a cabo las acciones por solicitud de los lineamientos de la SDS donde se especifica que los inscritos al programa deben ser jóvenes o adultos cuidadores. Ocupación. La dedicación predominante de las inscritas es el hogar con un 100%, la cual es representada por 250 personas en su mayoría mujeres, sólo 12 de los inscritos manifiestan realizar actividades laborales con remuneración económica, del total de los hombres que participaron en el programa 4 se dedican a actividades del hogar, en cuanto al horario, el 96% de las beneficiarias del programa manifiestan que el horario de la sesión no interfiere para el cumplimiento de las actividades laborales y 4% restantes comunican que sí impide sus labores”.*

*“En el segundo semestre del 2008 se intervinieron 6 grupos, los cuales están conformados por mujeres, aunque también se encuentra participación masculina, en promedio 1 hombre por cada 3 grupos. En el segundo semestre del 2008 participaron del programa Tú Vales un total de 96 personas de los cuales se caracterizaron 60, de los cuales 44 personas son pacientes con enfermedad crónica que requieren tratamiento farmacológico permanente y que además constituye un motivo de participación de las mujeres dentro de los grupos. Descripción de las características de las personas que participaron en el programa. Los grupos que seleccionados están conformados por 96 personas de las cuales las 60 caracterizadas comprenden edades entre los 19 y 65 años en su mayoría, aunque hay 1 persona de cada edad entre los 66 a los 70 años, también se observa la presencia de 39 adultos y 1 joven”.*

*“...entonces nosotros teníamos grupo de adulto, adulto mayor. Eran como los dos ciclos fuertes para desarrollar este programa...Se buscaban grupos que ya estuvieran un poco estructurados, que tuvieran como líder y que tuvieran que generar la conciencia de que vamos a reunir todos los días o x días a la semana de tal hora a tal hora, como te dije antes, es muy temprano cuando se reúnen porque es el único momento como que pueden dejar las labores de su casa que generalmente son cuidadores de los nietos o tienen múltiples cosas para hacer. Eso era una parte, la otra parte era pidiéndoles a los usuarios que ya estaban asistiendo que trajeran una persona para fortalecer el grupo o en su defecto por convocatoria en todas las acciones que se realizaban desde el PIC...”*

– Entrevistado 5

*“...Cuando estábamos en la parte de ámbito comunitario que alcanzamos alcancé a tener dos vigencias el programa entonces intervenimos 24 grupos, eran 12 grupos por semestre, básicamente trabajábamos con toda la parte de cuidadoras, cuidadores, y trabajamos con famis, con los hobis, con algunos grupos de adulto mayor, con grupos también de agricultura urbana, también trabajamos tuvimos la experiencia de trabajar con dos grupos en Nueva Zelandia con la universidad pedagógica, digamos que esas eran como las personas con las que trabajábamos. Pues eran personas ubicadas en qué etapa de ciclo, adultez y algunos pues persona mayor, que de una u otra manera asumían el rol de cuidadoras y cuidadores ah y comedores comunitarios también ahí trabajábamos esa parte...Eran un mínimo de 15 personas pero pues obviamente, alcanzábamos a tener grupos con 30 personas digamos que si siempre cumplíamos con el mínimo que eran las 15 pero si alcanzamos a tener grupos numerosos, 30-25 personas...”*

– Entrevistado 6

*“...entonces uno decía este programa está dirigido para las mujeres pero todas las personas de diferentes grupos de edad no pueden, podrían como captar esos mensajes, lógicamente como en la forma en que estas cuidadoras no estaban proyectando hacia padres de familia digamos padres de familia, iba de todo...”*

- **Fortalecimiento de las competencias sociales a través de la Percepción de mejora.** Respecto a los resultados esperados frente a la implementación del programa, el fortalecimiento de las competencias sociales fue evidenciado a partir de las experiencias sistematizadas referidas por los y las participantes de los grupos durante los procesos de evaluación del programa. Este método de seguimiento y sistematización fue previsto por la SDS en los lineamientos técnicos.

Entre las principales competencias desarrolladas identificadas en los informes de gestión en lo local y durante las entrevistas realizadas a los participantes que estuvieron durante la implementación a gran escala de Tú Vales, se evidenció el fortalecimiento de la cohesión social, el establecimiento de redes de apoyo y del vínculo social, específicamente a partir de:

- i. Respecto al consumo de frutas y verduras, los y las participantes refirieron aprendizajes no solamente sobre los diferentes tipos de alimentos, sino en diferentes formas de preparación a lo cual les hace más llamativos para su consumo; el identificar las posibilidades de hacer dietas más saludables que no impliquen mayores costos hizo llamativos los contenidos del programa. Más allá de ello, el establecer vínculos con otras personas con quienes compartían gustos en alimentos y formas de preparación aportó a la cohesión y fortalecimiento del vínculo social.
- ii. Respecto a la actividad física, se puede inferir que los aprendizajes se orientaron a la práctica de la actividad física a partir de actividades cotidianas y sin costos económicos adicionales, como también en el reconocimiento de espacios aptos para el desarrollo de estas actividades, la promoción del uso y el cuidado de estos. Más allá de estas competencias prácticas, se refirieron a lograr el establecimiento de vínculos para realizar actividad física, mujeres que se acompañan a caminar, ó grupos de adultos mayores que se movilizan y unen alrededor de estas actividades.
- iii. Respecto a espacios libres de humo y lidera cambios, los resultados no son muy evidentes en términos de que eran contenidos no muy llamativos para la comunidad, sin embargo, el reforzamiento de conceptos de cuidado, liderazgo y mediación para alcanzar objetivos de interés de la comunidad fueron determinantes para fortalecer aspectos de autoestima, autoconfianza, liderazgo, conciliación y cohesión comunitaria.

*“...se trabajo con grupos comunitarios los cuales lograron identificar la mejor manera de realizar actividad física teniendo en cuenta cada una de sus fases (calentamiento, central y final) y la importancia de realizarla de acuerdo a sus habilidades y limitaciones para evitar lesiones y disfrutarla de la mejor forma. Durante la aplicación de las sesiones de actividad física, los participantes reconocieron e identificaron los espacios físicos con los cuales cuenta su localidad, así logramos que tengan un buen aprovechamiento de los mismos, fomentando así la promoción y la practica de la actividad física, principalmente la caminata como medio más asequible, cotidiano, seguro y económico...Cada participante pudo evaluar la alimentación familiar donde se noto que el mayor aporte nutricional lo aportan los cereales, raíces y tubérculos (harinas) lo cual es un factor de riesgo para las ECNT por tal razón se dieron las recomendaciones nutricionales que mejoraron la calidad de dieta en cada participante.*

*Durante las sesiones se compartieron experiencias individuales, familiares y comunitarias expuestas mediante socio dramas que permitieron relacionar los elementos teóricos tanto del conflicto como de la comunicación asertiva con las situaciones de la vida cotidiana de las personas quienes expresaron espontáneamente anécdotas sobre situaciones relacionadas con la temática. En relación al tema de empoderamiento comunitario se reconocieron elementos como liderazgo... En la sesión donde se trabajaron las alternativas para disminuir la exposición al humo del cigarrillo las y los cuidadores compartieron experiencias de como sus familiares, amigos e incluso ellas mismas habían dejado el habito de fumar y que ventajas trajo a su familia y comunidad, debatiendo sobre fenómenos que se presentan como la Tolerancia y el síndrome de abstinencia que mal manejado pueden empeorar la situación del consumidor, abusador, adicto o adicto crónico. Finalmente se genero una reflexión sobre la importancia de realizar pactos y acuerdos familiares para la resolución de conflictos e implementación de hábitos saludables en el hogar estableciendo una dinámica familiar basada en el respeto, la tolerancia, la solidaridad entre otros valores fundamentales para una convivencia pacífica.*

*Durante la aplicación de las dinámicas se pudo identificar su efectividad por ser una ayuda metodológica que hizo de las sesiones espacios para compartir y aprender nuevos conocimientos con las personas, quienes manifestaron carecer de información actualizada sobre los temas de alimentación saludable, practica adecuada de la actividad física, comunicación de conflictos, comunicación asertiva, empoderamiento comunitario, efectos nocivos del consumo de cigarrillo motivar la organización e integración del grupo acompañándolo con una permanente actualización de la parte conceptual y puesta en práctica de los aprendizajes trabajados en los cuatro módulos”.*

*“Un aspecto relevante expresado en forma reiterada en la socialización de los aprendizajes en los eventos de cierre es la valorización que hacen en especial las mujeres de su rol, de cómo desarrollar estrategias para evitar la violencia y el maltrato en el hogar, de cómo salir de su papel de subordinación a través del diálogo y la comunicación asertiva. Siempre valoran el soporte social encontrado en los grupos, el compartir las mismas dificultades y desesperanzas las une para buscar empoderamiento de sus proyectos de vida.*

*Con relación a las competencias y habilidades ganadas con el programa, a más de la re significación de su rol y valor como seres humanos, las personas participantes desarrollan una capacidad crítica frente a las condiciones que favorecen o limitan la mantenimiento de los cambios de comportamiento en los diferentes niveles de relaciones que se abordan desde el modelo socio-ecológico.*

*Las tradiciones culturales se reconocen como uno de los determinantes de mayor peso que limitan los cambios a prácticas saludables, la falta de oportunidades de trabajo de comunidades de bajo nivel socioeconómico, los contextos urbanísticos sin la planeación debida para la disponibilidad de espacios seguros y adecuados para la prácticas de la actividad física, la necesidad de trabajar fuera de la casa a las mujeres les impide dedicar el tiempo necesario a promover en el hogar prácticas saludables.*

*Entre las propuestas y alternativas de las comunidades para promover la alimentación saludable plantean la elaboración de listas de mercado para organizar la distribución del presupuesto familiar, la búsqueda de sitios de abastecimiento económicos debido a la poca oferta en algunos barrios de frutas y verduras, la compra de productos en cosecha, establecimiento de proyectos productivos, tiendas comunales, subsidios a productores, reducción de intermediarios, además de propósitos individuales como dejar la pereza, aprender a preparar recetas agradables, agruparse para comprar mayor volumen de alimentos a menor costo, consumir más alimentos naturales son algunas de las opciones. Para incentivar la práctica de actividad física se identifican la apropiación de los espacios públicos que ofrecen las Localidades, la programación y organización del tiempo, restringir actividades de ocio que promueven el sedentarismo a nivel individual y familiar, buscar compañía como vecinos, amigos y familiares para que resulte motivante la práctica de actividad física”.*

*“...Si ellas decían, por ejemplo ay yo le comenté a mi esposo y él dijo tal cosa, ya mi niña ya me preocupo por que la lonchera no sean paquetes sino enviarle una fruta, entonces me decía, a partir de eso las personas están apropiando temas también modificando cosas obviamente eso lo hacían de manera paulatina pero si era muy interesante digamos que de pronto me adelanto pero por ejemplo en el ya en el evento de cierre que hacíamos por ejemplo preguntaba lo de la corresponsabilidad, en espacios donde vamos a compartir recetas, yo llevo tal cosa, yo llevo tal receta eso era una cosa interesante y para ellas eso era súper especial pues me están graduando muy chévere...”*

- Entrevistado 6

*“...digamos era muy interesante ver como a partir del estímulo que implicaba en sí el desarrollo de un proceso continuo en el tiempo, dijo contigo el tiempo porque se hacían por lo menos una persona recibía la certificación de “Tú Vales” como en unos seis meses, entonces en esos seis meses las personas lograban fortalecer sus redes sociales se podía observar cómo las personas valoraban que había mejorado mucho sus autoestima gracias a la participación en el programa, sí, y resultaron cosas muy interesantes, como que las mujeres se reconocían más como líderes que no iban a tolerar la violencia sus hogares, en el programa o no terminaba con el ser feliz, y el de valorarte a ti mismo, tenía unos mensajes claves, se trabajaban mucho con ellas y se hacía reflexiones a profundidad de lo que es el ser humano, la necesidad de interactuar con los demás, y las responsabilidades que se tiene consigo mismo, entonces para nosotros era sorprendente, como*

*las personas no solamente decían “no me descarten de preparar mejor”, “ desde que estoy en este curso, mis hijos llegan y tomamos un recetario y quieren que hagamos cosas diferentes ellos también se entusiasman con hacer con la receta”, encuentro que colocó el loguito de: “este espacio es libre de humo”, aquí viven las personas que quiero y los vecinos sobre toda la gente que vive, en compartiendo casas pues el vecino que fumaba cerca de nuestra casa dejó de hacerlo, si, sin necesidad de que haya conflicto, entonces veríamos como ellos adquirieron competencias para resolver problemas como decidimos comprar los alimentos para poder aplicar y hacer todas las recetas, sí, porque surgió ocurría con frecuencia que quien da los recursos a veces orienta que es lo que debe comprarse, entonces eso por un lado y las mujeres hacen unas dramatizaciones muy bonitas frente a como ellas empezaban a trabajar también el tema del alcoholismo hombres que pronto llegaban con sus tragos y eran violentos y ellas se aplicaban ese lenguaje de persuasión, las técnicas en asertiva que se les enseñaba para no ser tan reactivas y tener mayores complicaciones, una de las cosas como digo valores agregados en este tramo, es como se promovían con la convivencia de los hogares... si mucha gente hasta lo aprovechó para, lo aprendieran y vendían ese tipo ensaladas, yo recuerdo con la compañera de la Secretaría llevaba la ensalada y decía que era una de las personas de “Tú Vales” se había puesto a vender las ensaladas, con todas las normas higiénicas, porque eso sí tenía mucha precaución de que ellas hagan una muy buena manipulación de alimentos, entonces vendían incluso otras, tenemos muchas anécdotas, otra tomó vendía las recetas, las fotocopió y en los restaurantes de barrio vendían las recetas, sí, porque decía, si esto es “Tú Vales”, yo valgo y el conocimiento mío vale, entonces uno veía que aparte de cumplir el objetivo que lo perseguían “Tú Vales” que era que esta mujer que tiene un papel tan importante dentro del hogar como madre formadora como cuidadora, tenga herramientas para hacer más fácil su vida ...”*

- Entrevistado 11

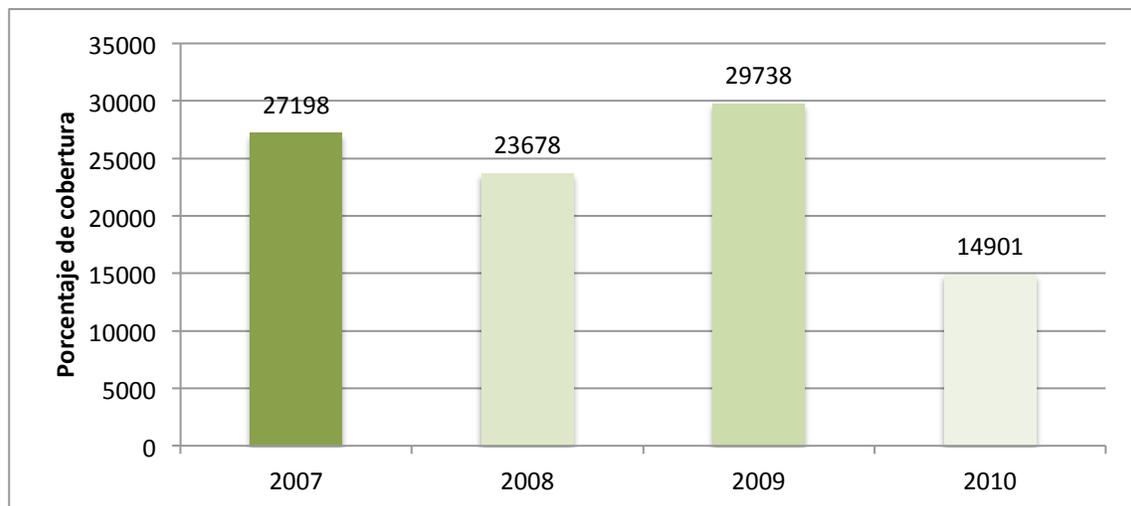
**B. Análisis de la Eficiencia.** De acuerdo a la documentación previa, la eficiencia entendida como la medida en la cual los recursos ó insumos se convierten en los resultados. Para el caso de Tú Vales, se analizará la eficiencia en términos de:

- **Cobertura directa e indirecta.** La cobertura directa se refiere a la cantidad de participantes beneficiados con las acciones realizadas del programa Tú Vales que tuvieron contacto directo con los facilitadores durante la implementación. La cobertura indirecta hace referencia a la cantidad de personas que de alguna manera se beneficiaron del programa al tener relación ó contacto con los beneficiados directos, para el caso del programa se esperaba fueran las personas a cargo del cuidador de hogar.

De acuerdo a las observaciones realizadas a los informes de gestión y sistematización local, informes de proyecto de inversión e informes de gestión distrital durante el periodo 2007-2010 de implementación a gran escala de Tú Vales, se pudo computar el total de 95.515 beneficiarios (directos más indirectos) abordados a entre 2007 hasta octubre de 2010. Se pudo obtener información

de beneficiados cubiertos año a año por ESE y por tipo de beneficiados. No hubo disponibilidad de la información respecto al año 2011. De igual manera no se pudo calcular la cobertura en términos de indicador dado que no se contó con información de un denominador común como los beneficiados potenciales del programa que permitiera comparar dichas coberturas alcanzadas.

Entre los principales hallazgos, para el año 2009 se evidenció mayor número de beneficiados en comparación con los demás años de implementación documentados (ver Figura 12). Se identificó que en el año 2008 hubo mayor número de beneficiados directos aunque dicho total no fue muy distante de 2007 y 2009 y por el contrario siempre se mantuvo muy cercano. De igual manera, el año 2009 se evidenció como el que más beneficiados indirectos ó personas a cargo de los beneficiados directos tuvo (ver Figura 13). Esto pudiera deberse siempre a la socialización de una meta de cobertura requerida por la SDS que se reportó durante cada vigencia contratada para la ejecución.



*Figura 12. Cobertura total Programa Tu Vales por Año. Bogotá, 2007-2010\*\**

*\* Calculado sobre el total de beneficiarios en el periodo*

*\*\*Información brindada por la SDS Informes de Sistematización y reporte de cobertura local y reporte proyectos de inversión anual 627 a octubre de 2010.*

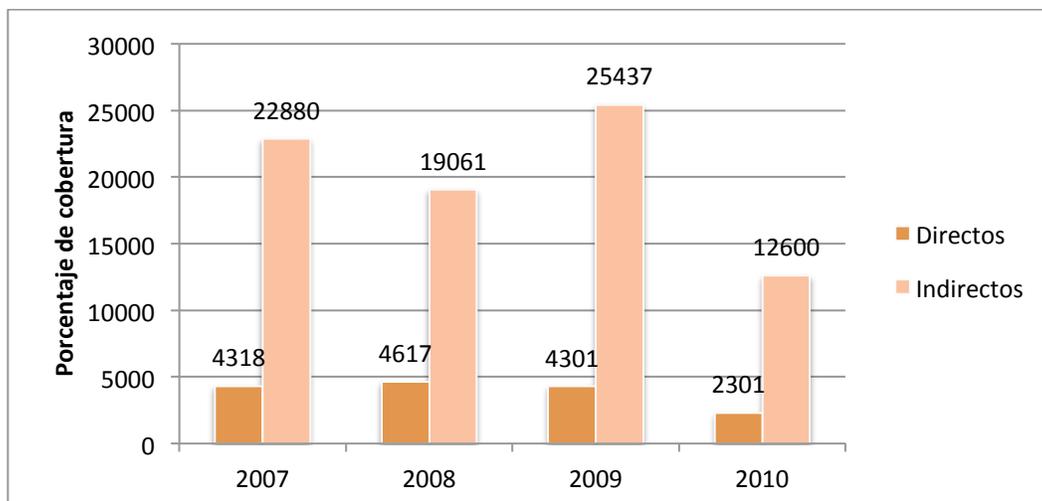


Figura 13. Cobertura directa e indirecta Programa Tu Vales por año. Bogotá, 2007-2010\*\*

\* Calculado sobre el total de beneficiarios en el periodo

\*\*Información brindada por la SDS Informes de Sistematización y reporte de cobertura local y reporte proyectos de inversión anual 627 a octubre de 2010.

- **Adherencia.** Estimar el nivel de adherencia global no fue posible dado que se contaba con información insuficiente respecto a cada ESE que implementó el programa. Dicha observación se detalló entre los informes de gestión distrital y retroalimentación de los informes locales en los cuales se recalca la importancia de calcular y analizar los indicadores establecidos para la medición de resultados del programa, inclusive el número de personas que se mantuvieron en todas las sesiones como el porcentaje de personas que desertan ó se retiran de los grupos. En este sentido, la adherencia se retomó a partir de los factores y dificultades que se refirieron durante los informes de sistematización y las entrevistas realizadas.

Respecto a los niveles de adherencia, quienes lo calcularon fluctuaron entre el 60% y el 90%. Las fortalezas y debilidades referidas para mantener la adherencia permiten inferir algunos factores relacionados con ello a través dos conjuntos de elementos tanto técnicos-operativos como sociales y de contexto.

Los elementos técnicos-operativos fueron: procesos de convocatoria, selección y concertación de los participantes con facilidades y dificultades para establecer acuerdos frente a los participantes

seleccionados, la disponibilidad de los materiales entregados por la Secretaría, los espacios adecuados, los tiempos y contenidos definidos para el desarrollo de acciones, situaciones que deben garantizarse por la competencia del talento humano en el desarrollo de los procesos.

El segundo conjunto de elementos se compone de los elementos sociales y de contexto particular que pudieron afectar el nivel de adherencia, los cuales fueron: los intereses y expectativas de los participantes alrededor de los contenidos, objetivos del programa influenciados por su situación familiar, vinculación laboral y situación económica, su situación de salud. Dicha situación parte del sesgo de población servida en tanto no se identifiquen sus necesidades particulares con precisión y se permita reorientar la intervención.

*“Al finalizar la intervención, tenemos que 160 personas cumplieron con el número de horas exigido para la certificación en Tú Vales, es decir, capacitando en promedio 14.5 personas por grupo y mostrando para el segundo semestre un grado de adherencia al programa del 60%”.*

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 1, 2009

“El nivel de compromiso, asistencia y participación fue siempre mayor en los grupos de asociaciones de madres comunitarias seguidos por los de usuarias FAMI; aun cuando los demás grupos eran de mayor número en su conformación la inasistencia eventual a las sesiones era mayor que en los grupos de madres comunitarias; el nivel de asistencia se mantiene en todos los grupos siendo del 90 al 95% en los grupos de asociaciones de madres comunitarias y del 85% en los demás; si bien es cierto no hubo deserción solo se certificó a quienes cumplieron un mínimo de asistencia. Es de anotar que se contó con el apoyo de los líderes en todos los grupos lo que tiene una clara influencia en los demás integrantes, pues contribuye a reforzar los compromisos adquiridos así como la participación activa en las acciones. La puntualidad así como la asistencia fueron siempre óptimas en los grupos de madres comunitarias, tema que se refuerza desde el facilitador recordando los compromisos adquiridos al inicio del programa logrando mejorar este aspecto a lo largo del programa”.

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 10, 2009

*“En el segundo semestre de 2008 se trabajo con 10 grupos conformados cada uno con un número que oscilo entre 10 y 22 integrantes. Se iniciaron las sesiones con 150 participantes de los cuales culminaron el proceso satisfactoriamente 148 las 2 personas que dejaron de asistir argumentaron su deserción una por traslado de localidad y la otra por obtención de trabajo causas que las obligo a no culminar el proceso. Se ha percibido que la mantenimiento de los grupos y de los participantes es básicamente por el interés, la motivación y la metodología frente a las temáticas de las tres áreas, en cada uno de los grupos fue manifiesto el interés despertado y esto se percibía en la puntualidad en la asistencia y el cumplimiento de compromisos tanto en el área social, la actividad física y el área de nutrición, los participantes manifestaron que el programa era indispensable para enriquecer su conocimiento y modificar los estilos de vida tanto personales*

*como de su núcleo familiar y beneficiarios adicionales en el caso de aquellas personas que tenían a su cargo el cuidado de otras personas”.*

Informe de Gestión, Institución 1, 2010

*“...que sigue sucediendo, que los profesionales están cambiando todo el tiempo, entonces hoy me veo con esta terapeuta y en 8 días llega la otra terapeuta y en 15 días tenemos otra nutricionista y la forma de trabajo de todos nunca va a ser la misma porque todos utilizamos estrategias diferentes, de pronto queremos llegar al mismo objetivo mediante herramientas diferentes ó estrategias diferentes, y eso hace que se genere nada de adherencia tan positiva de los programas porque pues uno genera como vínculos con esas personas entonces eso hace que el programa no tenga el impacto que uno esperaría...”*

– Entrevistado 5

*“...en el primer año fue chévere pero hubo mucha deserción, afortunadamente el tema de listados de asistencia nos ayudó a ver y certificábamos al que tuviera un mínimo del 70% de asistencia el que no, no lo certificábamos no porque la idea del proceso era que replicara que fueran agentes replicadores, entonces si no tenían el 50% no tenía sentido certificar y ya después con el ICBF se garantizaba la asistencia no tuvimos problema...”*

– Entrevistado 10

#### **6.4. GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN A GRAN ESCALA DE TÚ VALES**

A la luz de la dinámica de la gestión de salud pública con sus niveles y campos (Ver Figura 1), se analizaron los factores que permitieron ó dificultaron la implementación a gran escala de Tú Vales a través de cada fase ó proceso establecido para el desarrollo de la intervención.

##### **6.4.1. Gestión durante la implementación a gran escala**

- **Apropiación de la perspectiva epistemológica y conceptual que orienta las Acciones de Tú Vales.** Para el cumplimiento de las acciones establecidas en este proceso, se infirió que la SDS establecía según las posibilidades del contexto alianzas y convenios con instituciones de educación superior para la capacitación en ABC del talento humano que implementaría Tú Vales en lo Local previa concertación y legitimación de convenios de los recursos y procesos con las ESE y otros entes locales. De otra parte, si no se contaba con los convenios y alianzas para capacitar, la SDS establecía la posibilidad de que los profesionales certificados pudieran

fortalecer a sus equipos a través de un plan de capacitaciones avalado por la SDS y se les realizara el respectivo seguimiento al fortalecimiento de capacidades a través de las reuniones periódicas de seguimiento con los funcionarios de la SDS (Macrogestión Político-ciudadana, Organizacional y Programática).

A partir de ello, con el recurso asignado para la implementación de Tú Vales, las ESE debían contratar el talento humano con las capacidades y exigirle la apropiación de los elementos técnicos-operativos ó participar en la capacitación ya fuera a través de la SDS ó a través de un plan de capacitaciones avalado por la SDS e implementado con sus compañeros de equipo (Mesogestión Organizacional y Programático). Los equipos operativos tenían la obligación de identificar las agrupaciones y líderes locales que pudiesen orientar el ejercicio de acercamiento a la comunidad, ello implicó reconocer otras estructuras alrededor de Tú Vales como eran los otros ámbitos e intervenciones que se realizan en el PIC (Meso gestión Organizacional).

*“...la gestión también correspondía a hacer cursos de capacitación para las personas que iban a trabajar “Tú Vales”, porque era un cambio de enfoque al que normalmente desde sector salud, ¿sí?, las personas tenían que manejar muy bien acciones basadas en comunidad, el modelo socio ecológico, ¿sí?, un enfoque constructivista de como en el contexto en el que yo estoy construyo cosas que me sean útiles, ¿no?... con lo que tengo fundamentalmente, entonces se gestionaba en ese momento en la secretaria de salud la necesidad de abordar las enfermedades no trasmisibles desde un enfoque promocional...”*

– Entrevistado 11

*“6. Avances y situaciones a mejorar Tú Vales. “Según referente desde Tú Vales siempre se ha procurado tener un rubro para capacitación, sin embargo, existe una norma que no permite capacitar contratistas*

*9. Se realiza socialización por parte de (el nombre de la referente distrital) acerca de los estudios que se han realizado. Dice que Tú Vales debe tener más insumos. Para realizar el seguimiento a los grupos se está trabajando temáticas, para cuidadores, crónicos y laboral. En la SDS se habla de PDA y transversalidad, entonces Tú Vales apunta a Salud Mental, Crónicos, SAN, Ambiente y Actividad Física.*

*10. Se analiza a profundidad los fundamentos del programa. Se plantea que trabajar la corporalidad en las mujeres permite re significar el rol de la mujer, que no sea exclusivamente de la cuidadora de los demás.*

*En el análisis crítico se recoge el hacer y el acervo del otro. Cómo saco esas potencialidades del ser humano. Cómo tener otras posturas que ayudan a las personas a re significar su rol de seres humanos.*

*La economía del cuidado, que se reproduce en una sociedad, allí se generan los valores. Con Tú Vales se permite iniciar un proceso para transformar una tradición cultural que no contribuye a mejorar su calidad de vida. Se analiza los 4 componentes trabajados en el programa Información-Comunicación-Educación-Soporte Social. Es relevante que Tú Vales tiene como aspecto central lo vivencial. Análisis de los momentos metodológicos discutiendo las experiencias desde cada una de las ESE. También se analiza los tiempos asignados al proceso. En la fase de implementación de acciones se revisa los momentos centrales de esta fase en donde las reuniones de equipos es clave para monitoreo y avance y desarrollo al interior de los grupos”.*

Actas de seguimiento a la gestión, Institución 1, 2009

- **Acercamiento a la comunidad.** Para el cumplimiento de las acciones establecidas en este proceso, los equipos operativos requerían haber reconocido otras estructuras alrededor de Tú Vales como eran los otros ámbitos e intervenciones que se realizan en el PIC como se mencionó anteriormente; les implicó contactarse telefónica ó personalmente con líderes comunitarios, con representantes de organizaciones ó con líderes institucionales para establecer los criterios de selección de la comunidad posible de intervenir (Meso gestión Político-ciudadana y Organizacional).

Tras la identificación de dichas agrupaciones, el equipo operativo debía acercarse a los grupos, sensibilizar sobre las acciones basadas en comunidad, permitir la toma de decisión frente a participar del programa, y luego de lo convenido establecer acuerdos frente a insumos, tiempos y espacios, en este sentido los grupos tenían la posibilidad de participar en la convocatoria, la consecución de los materiales y de los espacios para el desarrollo de las intervenciones (Micro gestión Político-ciudadana y Organizacional).

*“...Bueno entonces empezamos Tú vales, digamos pues que el primer espacio ya , en ese momento ya había un adelanto con la trabajadora social anterior de unos acercamientos a unos grupos eran FAMIS básicamente, HOBIS y algunos grupos de adulto mayor entonces empezamos como el acercamiento a los grupos, establecer como la concertación con cada uno de los grupos del espacio, a partir de explicarles que era el programa, donde nos presentábamos las profesionales que estábamos a cargo y digamos que se generaban como el espacio de concertación de acuerdo a la disponibilidad de cada uno de los grupos...”*

– Entrevistado 6

- **Desarrollo de acciones del programa.** Para el desarrollo de las acciones directas con la comunidad, el equipo operativo debía contar con el material de reproducción diseñado por la FES, el cual estaba a cargo de la SDS por lo menos entre el 2008 y 2009 (Macro gestión

Organizacional), en tanto durante el 2010 no se contó con este material y los equipos operativos debieron gestionarlo con la ESE al igual que los materiales que la comunidad no aportaría (Meso gestión Organizacional).

De otra parte, el equipo operativo debía realizar el alistamiento de sus temas, de los instrumentos y organizar las discusiones técnicas semanales para revisar el desarrollo de las sesiones, discutir las dificultades y compartir las experiencias prácticas de trabajo entre el grupo, verificar el cumplimiento del plan de acción e ir consolidando la información para la siguiente fase. Finalmente debía hacer la consecución de un espacio, la agenda, y la elaboración y entrega de las certificaciones de participación a la comunidad (Meso gestión Organizacional). La comunidad podía participar (o no) en dichas actividades, y de hacerlo también debía hacer presentación de las experiencias en la construcción del recetario y el semanario de actividad física (Micro gestión organizacional y programática)

*“...Partiendo de ahí, las cosas surgen muy bien, en el momento de ejecución de las actividades por la cantidad de veces que uno se debe reunir a la semana, por la cantidad de implementos que se requieren, como que el grupo empezaba a tambalear porque era tomar mucho de su tiempo, era empezar a traer cosas de sus casas, era empezar a generar los espacios porque no siempre hacía buen clima, por ejemplo, entonces ya no se podía utilizar el parque sino tocaba buscar el salón comunal, tocaba a veces en la casa de los mismos usuarios, o sea tocaba generar múltiples estrategias para poderlo desarrollar...”*

– Entrevistado 5

*“...entonces como había que hacer plan operativo por cada grupo para saber a por ejemplo actividad física le toca tal día, que no se qué que no se vaya a cruzar porque como eran tantos grupos, hubo momentos que teníamos como 24 grupos eso era la locura, pues había que sentarse y hacer esos planes operativos y programe no sé qué que no se cruce y había que darle cumplimiento a eso, por eso nosotros teníamos estipulado entre los planes operativos unos tiempos de reunión del equipo para saber a bueno usted cómo le fue, pudo realizar la sesión, no pude por tal cosa, a bueno donde tocaba reprogramarlo que eso era gravísimo uno dejar de hacer una sesión, cierto? Porque como reprogramaba ahí, o sea otra vez hablar con el grupo cómo hacemos, cuándo la podemos hacer, y reprogramarla porque era glosa, si ya estaban las glosas, ya funcionaba el asunto de las glosas, miércoles usted tuvo que debió haber hecho tanto, bueno pero si usted muestra el acta de reprogramación usted la hace, si? Y que otra cosa tu decías de la certificación, digamos el criterio que nosotros tomamos para certificar era como que cumpliera por decir con la asistencia determinamos un porcentaje, tantas sesiones el mayor número de sesiones era de nutrición y actividad física, que era lo que más nos costaba trabajo planear porque era muchísimo, pero dónde metemos esto, o sea había necesidad a veces por ejemplo cuando se aplazaba una sesión por x porque no solamente era problema de nosotros sino de la comunidad, que pena no podemos por tal cosa, había que hacer dos sesiones en una, mirar usted*

*cómo lo hace, alarga tiempo, eso era problemático pero entonces decíamos creo que pusimos 80-85% de asistencia...”*

– Entrevistado 8

- **Sistematización.** Para el desarrollo de este proceso, el equipo operativo debía reunirse y consolidar toda la información alrededor de cada fase implementada y un informe final con ciertas características exigidas para ello y radicar los documentos a la SDS (Macro gestión Programática y Meso gestión Organizacional y Programática).

*“...De hecho digamos los diarios de campo que no sé creo que en la última fase eso como que desapareció también, pero el diario de campo era importante porque era el que daba el insumo para sistematizar, o sea esa ficha de sistematización estaba muy bien diseñada, y pienso yo que bueno (Nombre de funcionario de la SDS) que fue la que estuvo en comienzos con lo de Tú Vales y fue la que después estuvo en servicios de salud colectiva me imagino que tomó esa experiencia para tratar de hacer implementar también proponerlo de servicios de salud colectiva que es lo que está ahora en las fichas de sistematización que tienen que realizar en servicios de salud colectiva aunque me parece que estaba como mejor estructurado antes, ves? Entonces ahí era donde uno encontraba falencias ó también como potencialidades de los grupos. Y ese el insumo al final para uno hacer el informe para la certificación...”*

– Entrevistado 8

#### **6.4.2. Factores de la gestión relacionados con la sostenibilidad a través del tiempo del programa durante la implementación a gran escala de Tú Vales**

A través de la revisión documental de los informes de gestión y de las entrevistas realizadas a los participantes durante esta fase, se logró inferir a través de los campos y niveles de la gestión algunos factores relacionados con la sostenibilidad de Tú Vales a través del tiempo. Este síntesis se realizó con el fin de generar de alguna manera la discusión frente a los factores que influyeron en la sostenibilidad de Tú Vales que también brindan unos elementos a tener en cuenta para cuando se diseña una política, programa ó proyecto.

- **Factores institucionales y financieros:** De acuerdo a lo observado se pudo inferir que el programa Tú Vales desde el principio tuvo un sostenimiento para su implementación con base en una decisión política que a grandes rasgos se fundamentó en argumentos técnicos identificados durante su fase de diseño pero a su vez tuvo apoyo político que parece argumentarse a través de las intenciones

políticas de los planes de gobierno durante el periodo de implementación a gran escala fuera de la racionalidad técnica a la cual se permean las decisiones políticas en el sector.

Dicho sostenimiento fue transversal en todos los niveles de gestión, permitiendo que hubiese una estructura organizacional en los 3 niveles para su implementación. Dicho apoyo se mantuvo a través del tiempo por los funcionarios de la SDS que argumentaban la necesidad de sostener el financiamiento del programa porque estaba en armonía con los planes de desarrollo del periodo en los que se implementó (Macro gestión Político-ciudadana). En tanto hubiese esa voluntad política y financiamiento, la gestión político-ciudadana en lo local también fue sostenible y las ESE seguirían contando con el recurso para contratar el talento humano y los materiales para ello.

De otro lado, en la SDS desde el 2010 hubo una reducción del financiamiento del programa que afectó la consecución de los materiales y los tiempos de contratación del talento humano (Macro gestión Político-ciudadana, Organizacional y Programática), los funcionarios de la SDS a cargo de la implementación del programa también rotaron a partir del 2011, lo que implicó nuevas formas y propuestas de trabajo; durante todo el periodo de implementación las ESE no garantizaron la contratación continua del talento humano con las capacidades y con la experiencia en la implementación del programa, por ende, la comunidad no fue adherente en su totalidad. Lo anterior en conflicto con un plan de desarrollo que se inicia a 2012, como también la dificultad de herramientas de persuasión de los nuevos actores encargados de la Macro gestión (SDS), la ausencia de los actores participantes durante la implementación que ya no trabajaban en donde realizaron el programa en lo local (Meso gestión), y la falta de información y herramientas de la comunidad interesada para movilizarse alrededor de la continuidad de la intervención (Micro gestión) dificultó la implementación sostenible del programa.

*“...Nosotros tratamos de mantener el programa, pero hubo situaciones de dinámica local y de situaciones políticas que no permitieron que el programa, uno el abordaje de los grupos formados, grave ya los teníamos todos cubiertos y 25 sesiones era una vaina muy larga y empieza la transformación política de Bogotá positiva y entramos a Bogotá humana, y reorganizan todo el abordaje de salud pública entonces el contexto del ámbito comunitario cambia totalmente ya es un tema de concejos micro territoriales, territoriales, y pasa a una estrategia de servicios de salud colectiva donde vemos la posibilidad de darle continuidad al programa pero cuando ven ese volumen de sesiones y unas temática ya marcadas obviamente queda volado y perdido. En este momento el programa Tú Vales no opera. Desde nivel distrital debimos ser un poco más abiertas, nosotras en el afán de mantener el programa con la estructura inicial no fuimos abiertas de mente de cómo retroalimentar esa investigación y decir esta es la transformación social y no tenía que ser las 25 sesiones con los 25 temas con los 3 profesionales definidos, sino como podía entrar una*

*enfermera, si no que otras cosas eran del interés de la comunidad, con ese mismo grupo podía trabajar otras prácticas saludables...”*

– Entrevistado 10

Informe de Gestión, Empresa Social del Estado 3, 2009

*“Elementos Facilitadores*

- *El aporte de los insumos necesarios para la ejecución de Tú Vales en la comunidad por parte de la ESE de manera eficiente, eficaz y efectiva.*
- *La preocupación por parte de los líderes y representantes de los grupos, quienes vieron en los objetivos que busca Tú Vales en la comunidad, la mejor forma de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de su comunidad.*
- *El posicionamiento a nivel local que ha logrado la intervención del Programa Tú Vales como uno de los servicios institucionales de la ESE en busca de la mejora de las condiciones de vida de los habitantes de (una localidad), hace que sea mucho más fácil en proceso de convocatoria y que la comunidad solicite la intervención en sus asociaciones u organizaciones.*

*Elementos Obstaculizadores*

- *El incumplimiento por parte de la comunidad de los compromisos inicialmente pactados al comienzo de la intervención (llegada tarde a las sesiones, ausencia injustificadas, en algunas ocasiones no aporte de los insumos alimentarios, etc.)*
- *No se cuentan con el instructivo guía actualizado (fichas de recordación y trabajos en casa) para el desarrollo de las sesiones del proyecto con la comunidad*

*Dentro de las posibles razones por las cuales se presentó deserción de los grupos podemos mencionar:*

- *La expectativa de algunas personas de recibir algún incentivo ya sea económico o alimentario. Las personas piensan que aparte de la capacitación recibirán algo en retribución.*
- Por otra parte las situaciones que motivaron a los participantes a continuar y no desertar en la continuidad del proceso de Tú Vales son:*
- *En algunas asociaciones les interesó el hecho que desde Tú Vales se trabajara de una u otra forma el fortalecimiento como tal de la organización comunitaria*
  - *El proceso de convocatoria y acercamiento a los grupos fue clave para la motivación de los participantes”.*

En ese sentido los factores institucionales que beneficiaron su sostenibilidad en el tiempo de Tú Vales son:

- i. Entorno político favorable
- ii. Actores de la Macro gestión con voluntad e interés
- iii. Actores de la Meso gestión y Micro gestión involucrados en la implementación del programa
- iv. Direccionamiento de la intervención y financiamiento de materiales desde el Ente Rector

De otro lado, los factores institucionales que dificultaron su sostenibilidad en el tiempo de Tú Vales y que le llevaron a su terminación fueron:

- i. Cambio de gobierno el cual permite la construcción e implementación de un modelo de salud que, aunque dialoga con los objetivos de Tú Vales, se concentra en dirigir la infraestructura y los insumos en procesos de atención domiciliaria y abordaje de colectivos sin el establecimiento de procesos comunitarios
  - ii. Desinterés y falta de voluntad política
  - iii. Falta de herramientas de los actores para movilizarse alrededor de la defensa de la intervención
  - iv. Falta de financiamiento que afectó la calidad de materiales como reajuste de los tiempos de contratación de los profesionales en los equipos operativos
- **Factores interinstitucionales y de ampliación de redes:** en términos de la consolidación y ampliación de las redes interinstitucionales alrededor de Tú Vales, el programa logró sostenerse a través de convenios de la SDS con instituciones de educación superior (Macro gestión Organizacional) para capacitar el talento humano, a través de la comunidad beneficiada a través del voz a voz que hacía respecto a los contenidos de la intervención, que amplió las redes en las que pudiera funcionar el programa. Dichos reconocimientos también generaron alianzas y convenios con organizaciones diferentes a las ESE que promovieron que sus beneficiarios participaran en el programa (Micro gestión Político-ciudadana, Meso gestión Político-Ciudadana).

De otro lado, tanto la comunidad y dichas organizaciones que participaron y creyeron en los efectos del programa no influyeron en la toma de decisiones en el Distrito, y según la información analizada nunca trascendieron de la Meso gestión, por tanto no incidieron en el nivel de la gestión donde se tomó la decisión de finalizar el programa.

*“...Tú Vales siempre planteaba nos planteaba que era un trabajo exclusivo del hospital, y con el equipo de gestión local se agenciaba con el ICBF, nosotros tuvimos la autonomía y nos sentábamos con ellos y ellos nos abrían las puertas en los jardines y cuando tuvimos el 100% de la población empezamos a abordar grupos de adulto mayor previa autorización de la secretaría...”*

– Entrevistado 10

*“...pues era una de las cosas como, básicas, no?, si había que reconocer el cambio permanente porque uno en las visitas que hacía, o en las reuniones que hacía siempre caritas nuevas, entonces cuando hubo recursos se contrató a la FES para que la llegaban hiciera, a la*

*pedagógica, siempre se hizo con responsabilidad buscando que las personas que manejan enfoques pedagógicos y todo eso lo hicieran en una forma práctica, digamos poniendo muy, muy en práctica los enfoques, cuando ya tuvimos limitación de recursos porque, pues... No permanentemente debe de estar, digamos lo ideal sería que haya una institución, eso se pensó cuando se diseñó, que esa tecnología que enseña la FES, todo se pasará una universidad para que la universidad no sigue ofreciendo como programa, digamos como diplomado, como algo para que se oferte en forma regular por una entidad educativa...”*

– Entrevistado 11

Los factores interinstitucionales que beneficiaron la sostenibilidad en el tiempo del programa fueron:

- i. Existencia de espacios de sensibilización y concertación entre actores y organizaciones sociales en diferentes niveles de gestión
- ii. Participación de organizaciones externas y líderes comunitarios en la difusión y promoción del programa

Los factores interinstitucionales que dificultaron la sostenibilidad del programa a través del tiempo fueron:

- i. Exclusión de las organizaciones externas y líderes comunitarios en espacios para la toma de decisiones
- **Factores técnicos:** en términos de recursos humanos idóneos y capacitados en Tú Vales, la SDS garantizó los mecanismos para que el talento humano se capacitara ó se mantuviera actualizado para el desarrollo del programa en lo local. Dichos mecanismos partieron de las alianzas con dos instituciones de educación superior que permitieron realizar la capacitación al 50% de profesionales a 2010, permitir la capacitación a través de pares con supervisión y seguimiento de la SDS, establecer durante la negociación y concertación con las ESE el recurso para contratar el talento humano y definir en los Lineamientos Técnicos las características del talento humano para el desarrollo de la intervención (Macro gestión Político-ciudadana, Organizacional y Programática).

De igual manera, parte de la adherencia al programa por parte de la población beneficiaria se debió a las características de calidad humana y compromiso profesional del talento humano contratado que permitió desde adecuar los contenidos no tan llamativos hasta crear vínculo con los y las participantes beneficiarios (Micro gestión Político-ciudadana, Programática).

Por otro lado, las ESE no contrataron el talento humano a tiempo, contrataron el talento humano con diferentes propósitos y tiempos compartidos con otras intervenciones (Meso gestión Organizacional y Programática), el talento humano no fue comprometido con la intervención ó no desarrolló las capacidades y aptitudes para la implementación de la intervención en tanto no hizo llamativos los contenidos, no respondió a las necesidades de los beneficiarios y no generó vínculos con la comunidad (Micro gestión Político-ciudadana, Programática).

*“...Digamos una gestión desde muchos niveles no, para que se mantenga y se procesó a ser continuo pues... Debería ser lo ideal, pero cuando no se tenía los cursos y había gente nueva se empezó a buscar la gestión de los mismos hospitales, nunca se aceptaba, digamos cuando ya estaba hecho de las tres personas por lo menos aceptado que llegaron a nueva y que las dos lo capaciten en las preliminares buenas generalidades, o en los enfoques y otro hospital le colaboraba por ejemplo, faltaba la nutricionista, entonces el psicólogo, trabajador social y la persona de actividad física capacitaban en los enfoques, y ya si era nutricionista o una nutricionista experimentada de otro hospital le daba la oportunidad, entonces lo que se exigía era, que cada hospital presente una plantilla con una intensidad horaria de cómo debían capacitar para poder avalar que podían hacer programa, y el otro hospital que tenían profesional que era el que estaba entrando se comprometía a ser de sesiones vivenciales, prácticas en su hospital, entonces la persona tenía que ser una capacitación y se les revisaba la programación, la planeación de las charlas que le dieron o del curso que le dieron y la intensidad horaria y las visitas de observación y de capacitación que tuvo en el hospital donde estaba el profesional capacitado, eso era digamos cuando ya no había recurso así cambiaban tanta gente, entonces siempre y cuando haya dos capacitados se aceptaba que capacitaban un tercero dándole una capacitación otros y en la reunión hecho les hacía valuaciones, jejeje, yo les hacía valoración de conocimientos...”*

– Entrevistado 11

*“...cuando ya como que empezaba a dejar de asistir las personas uno se preguntaba será que los profesionales estamos haciendo las cosas mas o menos ó poco mal pero pues es muy complicado por lo que te digo, el cambio y la rotación de personal todo el tiempo...”*

– Entrevistado 5

De acuerdo a lo anterior, los factores técnicos que beneficiaron la sostenibilidad en el tiempo de Tú Vales fueron:

- i. Contar con el apoyo del Ente Rector para financiar, definir, contratar y capacitar el talento humano requerido para la intervención
- ii. Contratar el talento humano con calidad humana y profesional

Los factores técnicos que dificultaron la sostenibilidad en el tiempo de Tú Vales fueron:

- i. No contratar el talento humano con oportunidad
  - ii. Falta de condiciones y garantías laborales dignas
  - iii. Falta de procesos de selección del talento humano idóneo
- **Factores socio-ambientales:** en términos de ambientes sociales que permitieran ó dificultaran la implementación de Tú Vales, el programa se diseñó para realizarse en los entornos donde la comunidad reside y realiza su proyecto de vida, y en ese sentido, el ámbito comunitario fue una discusión que se realizó durante dicha fase.

Cuando Tú Vales se implementó y se tenía establecido que se realizaría en los espacios concertados con la comunidad (Micro gestión Organizacional) según los lineamientos técnicos de la SDS (Macro gestión Programática), se contaba con la infraestructura que el contexto social pudiera respaldar para la intervención, y en este sentido un factor favorable fue que dichos espacios fueran equidistantes a los lugares de residencia de los y las participantes.

De otro lado, no se contaba con las especificidades que debían tener estos espacios, por lo tanto, un factor relacionado con las dificultades para la sostenibilidad a través del tiempo de la intervención se relacionó con que los espacios no fueron aptos para realizar las actividades ó no siempre estuvieran disponibles (Micro gestión Organizacional).

De otra parte, el programa se diseñó para realizarse en grupos que no estuvieran constituidos permitiendo que se construyeran nuevas dinámicas y relaciones sociales de los grupos a través del desarrollo de los componentes y los contenidos, generando vínculo y cohesión social.

Las experiencias del programa durante su sistematización llevaron a redefinir dicho criterio de la intervención para realizarse con grupos ya conformados de base en donde internamente ya había un nivel de cohesión y por supuesto dinámicas internas que favorecieron el desarrollo de la intervención como por ejemplo los grupos ya conformados y no formados con un buen nivel de cohesión grupal, y las dinámicas que no favorecieron como por ejemplo los grupos ya conformados que tuvieron líderes negativos que generaron discordia al interior ó influyeron en el manejo del grupo.

*“Elementos Obstaculizadores*

- *Es desinterés y la poca receptividad que muestran algunas personas participantes del programa, hace que desmotiven la totalidad del grupo y deteriore el proceso llevado a cabo en la comunidad.*
- *El incumplimiento por parte de la comunidad de los compromisos inicialmente pactados al comienzo de la intervención (llegada tarde a las sesiones, ausencia injustificadas, en algunas ocasiones no aporte de los insumos alimentarios, etc.)*
- *Los espacios físicos que dispone la comunidad para la ejecución de las sesiones de implementación no brinda las condiciones necesarias para la elaboración de una receta, por ejemplo.*

*Dentro de las posibles razones por las cuales se presentó deserción de los grupos podemos mencionar:*

- *La falta de interés hacia el contenido del Programa Tú Vales. Pueda que los temas a tratar no colmaran sus expectativas. Los participantes manifiestan que el desinterés es interpretado por ellos como “No querer aprender” y “salir de la rutina”.*
- *La expectativa de algunas personas de recibir algún incentivo ya sea económico o alimentario. Las personas piensan que aparte de la capacitación recibirán algo en retribución.*
- *En algunos momentos se presentaron roces entre las personas (mala convivencia y tolerancia) lo que hizo que se hirieran sentimientos y la deserción de algunos participantes.*
- *Las malas relaciones interpersonales o la mala convivencia que se vive al interior de todos los grupos comunitarios.*
- *Los mismos participantes afirman que la comunidad le huye a los compromisos.*
- *Por algún estado enfermedad que impidió la continuidad en el proceso.*
- *Falta de motivación para continuar el proceso.*

*Por otra parte las situaciones que motivaron a los participantes a continuar y no desertar en la continuidad del proceso de Tú Vales son:*

- *Fue un espacio de encuentro agradable, lo que les permitió salir a los participantes de la rutina del hogar.*
- *A pesar de que algunos participantes tenían conocimientos previos en relación a la temática propuesta de Tú Vales, el deseo de conocer y aprender mucho más los motivó a hacerse partícipe del proceso.*
- *Aunque al principio era algo desconocido, el desarrollo de Tú Vales en la totalidad de los participantes colmó las expectativas que tenían.*
- *Las participantes mencionan una idea muy interesante: “nos sentimos de nuevo vivas y útiles”. A pesar de ser una persona mayor “valemus mucho”.*
- *Los facilitadores de las sesiones, ya que se construyó una relación de amistad con cada uno de los participantes.*

*Dificultades*

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>El horario en que funciona el servicio de transporte no se ajusta a los horarios de las sesiones por lo que las profesionales deben desplazarse por su propia cuenta arriesgando su integridad física.</i></li><li>• <i>Algunos de los espacios físicos disponibles para la realización de las sesiones no son adecuados, puesto que no cuentan con una buena acústica y son muy fríos.</i></li></ul> |
|--|

Factores socio-ambientales que favorecieron la sostenibilidad en el tiempo del programa fueron:

- i. Espacios equidistantes a los lugares de residencia de los y las participantes
- ii. Dinámicas internas del grupo que favorecen la cohesión social

Factores socio-ambientales que dificultaron la sostenibilidad en el tiempo del programa fueron:

- i. Espacios no aptos para realizar las actividades
- ii. Espacios no disponibles con previa concertación
- iii. Líderes negativos que afectan la dinámica interna de los grupos y limitan la cohesión social

## 7. DISCUSIÓN

### 7.1. La gestión de Salud Pública en el diseño e implementación de Tú Vales

Lamentablemente, no se identificaron estudios similares al presente que permitieran comparar sus resultados con los evidenciados en Tú Vales, lo cual evidencia la falta de documentación a los procesos de gestión durante el diseño e implementación de intervenciones en salud pública. Este hallazgo permite indagarse sobre la importancia relativa que tiene informar los procedimientos y procesos que hacen posible la implementación de una intervención en salud pública además de exponer los resultados alcanzados a partir de las investigaciones de efectividad, costo-resultado, entre otras, durante la implementación de dichas intervenciones.

En este sentido, la gestión de la salud pública cobra dicha importancia de manera relevante, en tanto, no se documenta con frecuencia y no se reconoce como parte fundamental para que las intervenciones de salud pública cumplan los objetivos para los cuales fueron diseñadas.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (1989) define que *“la gestión del programa es un proceso en el cual se organizan actividades y recursos para alcanzar objetivos precisos y bien definidos en torno a uno ó varios problemas afines y se aplican los procedimientos para ejecutar las acciones con esa finalidad”*. La gestión de programas de salud parte de identificar y aplicar los procesos y procedimientos que permiten solucionar varios de los problemas que interfieren con la implementación de las intervenciones diseñadas.

Autores como CEPAL (1989), el Ministerio de Protección Social (2009) y la OPS/OMS (2011), hacen especial énfasis en que la gestión de salud pública es un elemento de vital importancia que permite identificar y comprender algunos de los problemas que hacen de la implementación exitosa (o no) y que pudieran ser replicados en otros programas de salud pública; con ello, el Estado y las instituciones encargadas de la rectoría en salud, pueden ejercer la función esencial de la Salud Pública de *Desarrollo de Políticas y Capacidad institucional de planificación y gestión en materia de Salud Pública*.

La gestión de la salud pública para el programa de Tú Vales siempre tuvo que orientarse por el contexto político para entender el momento en el cual se diseñaba el programa. Es así que el modelo de Gestión Integral de Salud Pública (Ministerio de Protección Social, 2009) no opera en la realidad con tanta

delimitación entre niveles y campos. Se comprendió que la gestión funciona de manera transversal y dinámica, por ende, se construyó la figura 1 tratando de representar un modelo explicativo de la gestión para este caso. No siendo la gestión un impedimento, se constató lo mencionado por Ballart (1992) y Roth (2002) frente al diseño de alternativas de solución, donde la importancia del diseño parte de responder a una necesidad, pero debe contener unos elementos que no se pueden dejar ambiguos y a la interpretación de los operantes.

Tú Vales como una alternativa de solución, durante su diseño tuvo la rigurosidad que muchas otras intervenciones no han logrado tener, en términos de ser una experiencia sistematizada y evaluada Ex Ante. Esto permitió que, en coherencia con lo mencionado por Valdés (2007), se permitiera tomar decisiones de manera racional para determinar la viabilidad y la conveniencia de su implementación en Bogotá. No obstante, reconstruir la gestión para ello fue un gran reto en términos de que el marco teórico alrededor de la gestión de la salud pública es tomado de fuentes científicas enfocadas a la administración pública, y ello no lo hace igual en salud.

## **7.2. Condiciones para la formulación del programa Tú Vales**

La CEPAL (1989) define que la formulación de un programa depende de la rigurosidad de diversos ajustes según evaluaciones periódicas a las que se le mida, como también de la disponibilidad presupuestaria, comúnmente para un año de manera indefinida hasta que se resuelva el problema por el cual se formuló. Para el caso de Tú Vales, se identificó que surgió de una puesta política por mejorar no solo el perfil de morbi-mortalidad por enfermedades crónicas en la población de Bogotá (Lucumí, 2006) sino que pretendió aportar al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de las personas que presentaban alta carga de factores de riesgo.

Dicho objetivo presupone una duración a largo plazo dado que el mejoramiento del perfil de morbi-mortalidad como de las condiciones de calidad de vida no se ven a plazos cortos. Este supuesto en la formulación del programa en el marco de un Plan Territorial, lo hace ver como un programa ambicioso, con fallas de omisión de una evaluación periódica y de una posible reformulación que le permitiera adaptarse al contexto cambiante y dinámico en el cual se implementaría. En este sentido, en el marco de las alternativas de solución a problemas como las políticas, planes y programas, es posible que se requiera evaluarles en diferentes momentos además de la evaluación antes de su implementación a gran escala.

También la comprensión de estos procesos implican el reconocimiento de que la construcción de alternativas de solución no deben hacerse únicamente desde el escritorio, puesto que una gran ventaja que Tú Vales tuvo fue la inclusión de la comunidad que aportara orientando la intervención hacia sus necesidades e intereses, lo cual permite que la implementación de la intervención diseñada sea más coherente al contexto social en el cual se desarrollará. Esto implica tener en mayor consideración la participación social y comunitaria en el diseño e implementación de intervenciones de salud pública, en tanto conlleva a reflexionar frente a las metodologías de investigación de intervenciones de salud pública en el marco de la función esencial de la Salud Pública de Investigación que impliquen un papel más activo de la población a intervenir (p.e. la Investigación – Acción – Participación).

Se considera una falla en el diseño Tú Vales, el no haber predicho un contexto en el cual el programa no pudiera mantenerse y así fortalecer las acciones de soporte social y la capacidad de auto-sostenimiento del programa para que el efecto se mantuviera en el tiempo con mayor replicación. Inclusive, luego de entrevistar a los investigadores que participaron del diseño del programa y que ellos no reconocieran que ya no se estuviera implementando, permite evidenciar la falta de seguimiento a los resultados de su investigación independientemente de los recursos ó la institución que lo haya financiado.

Dadas las condiciones de la sociedad actual, siempre cambiante y dinámica, es obligación de quienes construyen intervenciones en salud pública monitorear constantemente su avance, transformaciones, adaptaciones e inclusive su mantenimiento, en tanto es un deber ético revisar por qué una intervención que se construye para la población deja de funcionar ó deja de financiarse e implementarse a pesar de haber justificado los beneficios que ofrece.

### **7.3. Factores que influyeron en el mantenimiento y la terminación de Tú Vales**

Ordóñez-Matamoros y col. (2013) refieren que la implementación de una política, plan o programa siempre están expuestos a complicaciones y problemas, y fue evidente que Tú Vales tuvo problemas para su implementación. A pesar de que contara con un equipo integrado por investigadores y técnicos de la SDS y la FES, el diseño del programa tuvo que re-adaptarse para que administrativamente pudiera hacersele seguimiento, pero además respondiera a la implementación de una de sus intervenciones que no pudo medirse (espacios libres de humo).

La descripción de la implementación implicó el reto de construir la cadena de entrega de acuerdo a lo sugerido por la DNP (2012). La cadena de entrega parte de ser una representación para identificar las relaciones e interacciones entre los actores e instituciones de las cuales se obtienen los resultados del programa (DNP y col., 2012). En este sentido se identificó una serie de factores que desde la misma cadena de entrega posibilitaban ó dificultaban su implementación.

Casi que, en armonía con Roth (2002) se identificaron esas condiciones que aumentan ó disminuyen la “brecha de implementación”, entre ellas el mantenimiento del fundamento teórico, los cambios y modificaciones en los procesos e indicaciones para que no fuesen ambiguos, el talento humano capacitado, el apoyo político desde la SDS, los entes locales y el apoyo social brindado por las organizaciones y líderes comunitarios, y el entorno favorable para su implementación.

Los esfuerzos realizados a través de la gestión durante la implementación para evitar dicha brecha fueron evidentes; se identificó que los actores del nivel macro intentaron controlar las situaciones que surgían y que podían afectar la implementación del programa; sumado a ello el seguimiento de cómo se realizaban las acciones por una sola persona a cargo de dicha tarea lo hizo bastante complejo.

El Fondo Multilateral de Inversiones FOMIN/BID (2013) define que la sostenibilidad de los proyectos a través del tiempo es la capacidad de continuar brindando sus beneficios por un periodo prolongado luego de haberse terminado el aporte financiero que le mantiene. Esto en términos de continuidad del programa, exige la formulación de estrategias que acompañen alianzas público-privadas como también de renovar estudios técnicos que permitieran justificar y sustentar que el programa siguiera funcionando.

Fue evidente la falta de involucramiento de más actores en el nivel meso que permitiera dar sostenibilidad en el tiempo al programa, fue insuficiente que un programa con un interés en aportar al mejoramiento de algunas condiciones de calidad de vida no hubiera podido involucrar otros actores que permitieran el trabajo transectorial. Ello implica lo alejado que el sector salud se ha mantenido de otros sectores.

La CEPAL (1989) argumenta al respecto que prácticamente la gestión en el nivel Meso normalmente no participa en toma de decisiones ni se involucra desde la gestión político-ciudadana, en la medida de que el nivel local recibe el mandato preciso para actuar. En este caso, fue evidente la falta de involucramiento de otros actores locales porque en el programa no se les dio participación a otros sectores de índole local en

el diseño (a excepción de la Alcaldía Local de Santa Fe y las ESE) de manera que pudieran involucrarse de manera permanente en la implementación del programa.

De otro lado, y no muy apartado de lo evidenciado durante la revisión y lo mencionado por Roth (2002), Mokate (2001) también refirió algunas condiciones que de una u otra forma hacen que exista una brecha entre el diseño y la implementación. Las condiciones que más se identificaron en esta revisión fueron dos tipos de factores que desde la cadena de entrega resaltaron: los factores ó condiciones técnicas con base en el talento humano idóneo y competente para la implementación del programa en tanto eran los encargados de ofertar, promover y fortalecer los contenidos del programa.

Los segundos factores fueron los factores institucionales y políticos, que en términos de la distribución del poder, el apoyo político siempre fue necesario para la sostenibilidad de este programa a través del tiempo, como también el apoyo social, la comunidad organizada y no organizada que le diera el valor público al programa y le permitiera mantenerse en el tiempo. Esta última reflexión nos lleva a discutir los campos de la gestión, en la cual las acciones de gestión político-ciudadana se vuelven determinantes para que se implemente el programa, e inclusive para que no se altere su estructura ni contenido.

Un ejemplo de ello fue la pérdida progresiva de apoyo político del programa que se tradujo en pérdida de recursos que permitieran la reducción en la consecución de material impreso, disminución en los tiempos de dedicación de los profesionales contratados por las ESE hasta la pérdida total del mantenimiento de los procesos comunitarios.

La CEPAL (1989) al respecto refiere que para instalar y manejar un programa se deben tener en cuenta: la situación del programa en el organigrama de servicios; el manejo del programa y el trabajo en equipo a través de la identificación de los roles y responsabilidades; el espacio físico, su estructura, bienes y tamaño de su área para la implementación de las acciones del programa; y la asignación, disponibilidad y utilización de los recursos físicos o materiales para la planificación e implementación de las acciones.

En este sentido, caracterizar estos elementos del programa durante el diseño implica hacerlos explícitos en el diseño, de manera que puedan ser flexibles y adaptables al contexto y las circunstancias. Dicha caracterización permitiría que la gestión durante el diseño sea más amplia pero permite que la gestión durante la implementación se centre en la regulación y control para que las contingencias no afecten la cadena de resultados y por consiguiente la cadena de entrega.

Finalmente, la terminación de Tú Vales pudo deberse a algunas situaciones identificadas, unas relacionadas con la racionalidad técnica la cual en teoría es la que aporta a la toma de decisiones en políticas de salud según la Salud Pública basada en la evidencia, y otros que no se relacionan con dicha racionalidad y obedecen al marco de oportunidades que se generan a partir de la voluntad política para el sostenimiento de la implementación del programa. Un ejemplo de las razones técnicas fue el argumento de que las intervenciones que se realizarían durante el Plan de Desarrollo de Bogotá Humana no tienen en principio la intención de fortalecer el tejido social como se buscaba en los anteriores planes de gobierno, sino que busca ampliar la cobertura de la atención en salud a través del fortalecimiento de algunos principios de la Atención Primaria en Salud.

Dicho cambio en el enfoque de las intervenciones en Salud Pública no permitió considerar la posibilidad de realizar ajustes y reformular el programa para su adaptación, lo cual también indica la necesidad de estudiar las posibilidades de que Tú Vales fuera adaptable a dichos objetivos del programa Territorios Saludables y hasta qué punto la esencia del programa se perdería en este nuevo modelo de intervención en salud pública.

Los otros factores relacionados con la terminación del programa se enmarcaron en el favorecimiento político que tuvo el programa y que no se dio durante la transición política de un plan de desarrollo a otro. El Cambio de gobierno fue determinante con el cual entra en rigor otra voluntad política que prefiere aumentar la cobertura de atención en salud y determinó dirigir la infraestructura y los insumos en otros procesos como son la atención domiciliaria y a grupos comunitarios a partir de entrega de información en salud en el marco del fortalecimiento de la demanda de servicios intra-murales.

Sumado a la voluntad política por el fortalecimiento de la identificación de necesidades y demanda a los servicios, la reestructuración organizacional y operativa del PIC hacia el abordaje poblacional microterritorial y territorial, debilitó la base de profesionales encargados del posicionamiento político y defensa del programa quienes buscaban los recursos para mantener la implementación. De esta manera, la falta de voluntad política relacionada con la falta de posicionamiento y defensa de quienes conocieron las bondades del programa en el marco de una reestructuración organizacional y operativa hizo que el programa Tú Vales no tuviera el apoyo necesario para su adaptación y sostenimiento dejando que el programa terminara. Finalmente, cabe destacar que se debe indagar a mayor profundidad cómo incide la reestructuración organizacional y operativa del sector salud en la permanencia e implementación de las

políticas, planes y programas de salud pública en el contexto local, nacional e internacional durante las transiciones políticas y de gobierno.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- I. Con este estudio se logró comprender no solo la importancia del diseño de políticas, planes ó programas de salud, sino además la importancia que tiene realizar un proceso de programación riguroso que implique establecer los procesos y procedimientos de la gestión para poder llevar a cabo la implementación de las intervenciones con éxito.
- II. Fue un gran aprendizaje identificar la importancia de complementar los estudios cuantitativos tradicionales para evaluar el diseño de intervenciones con estudios cualitativos que permitan profundizar en las percepciones, experiencias y saberes de quienes pueden aportar al conocimiento en salud pública. De igual manera, es importante resaltar que el saber de salud pública aún requiere de investigación a profundidad que oriente de manera pertinente a la construcción de conocimiento y permita mejorar las tecnologías en salud existentes.
- III. Frente a los resultados obtenidos, se consideró que el diseño del programa brindó resultados exitosos y de gran valor social, en tanto las acciones operativas como las de gestión en sus diferentes campos y niveles involucraron diferentes actores enfocando su atención a una población determinada con la intención de fortalecerla, disminuir sus factores de riesgo y la probabilidad de enfermar por alguna condición crónica, a su vez aportar a la disminución de desigualdades en salud.
- IV. Algunas de las condiciones que permitieron los resultados del programa desde su etapa de diseño fueron: Construir una alternativa de solución en un contexto político favorable; construir un modelo de intervención basado en la teoría crítica, el constructivismo y con metodologías de Investigación Basada en Comunidad que permitiera el abordaje de un problema de salud a través de un concepto positivo de salud como es la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida; establecer criterios de calidad para el talento humano y los materiales a usar en términos de calidad y rigurosidad del diseño y de las acciones; evaluar la intervención haciendo de la Salud Pública basada en la evidencia una metodología eficaz que permita evidenciar la falta de intervenciones de este tipo como también justificar el uso eficiente de los recursos públicos.
- V. Algunas de las condiciones que permitieron los resultados del programa desde su implementación a gran escala fueron: contar con un talento humano competente que a pesar de las dificultades siempre tuvo orientación desde el nivel central como también tuvo oportunidades de formación y desarrollo

de capacidades del talento humano que operó en las Localidades; los insumos/materiales de calidad cuando fueron aportados por los actores rectores, operativos y la comunidad comprometida permitieron el desarrollo de las acciones demostrando la importancia de vincular a diferentes actores para lograr lo propuesto; una población beneficiada con sesgos que respondió a los objetivos del programa y se motivó a participar por la calidad implícita de la intervención; mantenimiento de la adherencia a las intervenciones referida por encima del 60% que se relacionó mayormente con elementos técnico-operativos (espacios, disponibilidad de materiales, falta de contratación de algún perfil), y con elementos de contextos sociales (desinterés, condiciones laborales, condiciones climáticas); percepción de mejora por parte de los mismos beneficiarios que permitió evidenciar que se lograba fortalecer las prácticas por las cuales se diseñaron las intervenciones; fortalecimiento de vínculos, cohesión social y valores de autoestima y auto-reconocimiento.

- VI.** Es de resaltar que la terminación del programa se enmarcó en la falta de voluntad política relacionada con la falta de posicionamiento y defensa del programa en el marco de una reestructuración organizacional y operativa durante las transiciones de planes de desarrollo, lo cual hizo que el programa Tú Vales no tuviera el apoyo necesario para su adaptación y sostenimiento llevando a la terminación del programa.

Dichas decisiones no se soportaron bajo argumentos técnicos de acuerdo a las recomendaciones de la OPS/OMS 2011 frente a Salud Pública Basada en la Evidencia, en tanto, no se evidenció estudio alguno que determinara que el programa ya no produjera los mismos efectos de cuando se inició su implementación, sino que su terminación se vio influenciada por los cambios de enfoque y de intervención poblacional relacionados con el ejercicio del poder y al cumplimiento de los objetivos políticos de aumento de cobertura y de atención médica domiciliaria establecidos en el Plan de Desarrollo de turno.

Respecto a los factores que influyeron en la terminación del programa Tú Vales se identificaron de 4 tipos:

- a)** Factores institucionales y financieros: como el entorno político favorable en el cual las diversas voluntades convergieron para brindar los recursos durante el periodo de implementación, los actores de la Macro gestión interesados y comprometidos que además de hacer el respectivo seguimiento a la implementación, realizaron el direccionamiento de la intervención y financiamiento de materiales, actores

de la Meso gestión y Micro gestión involucrados en la implementación del programa al punto de lograr involucrar diversos actores locales y el interés de la comunidad renuente a las intervenciones del Estado;

**b)** Factores interinstitucionales: como la existencia de espacios de sensibilización y concertación entre actores y organizaciones sociales en diferentes niveles de gestión, y participación de organizaciones externas y líderes comunitarios en la difusión y promoción del programa;

**c)** Factores técnicos: como contar con el apoyo del Ente Rector para financiar, definir, contratar y capacitar el talento humano requerido para la intervención, y contratar el talento humano con calidad humana y profesional;

**d)** Factores socio-ambientales: como espacios no aptos para realizar las actividades, espacios no disponibles con previa concertación, y líderes negativos que afectan la dinámica interna de los grupos y limitan la cohesión social.

**VII.** Parte de las recomendaciones se originan de algunas dificultades que se reconocieron al construir este trabajo. Entre dichas recomendaciones está que:

**a)** Se recomienda seguir construyendo un marco para el análisis de la gestión para la salud pública, en la medida de que la gestión permite alcanzar los resultados esperados de las políticas, programas y proyectos diseñados, y permite actuar anticipándose a la incidencia de situaciones que ameriten acciones de contingencia.

**b)** Los programas que se diseñan y se implementan buscan materializar intenciones en un contexto político dinámico. No obstante, los programas no requieren de adaptaciones que afecten su acciones en esencia, sino que requieren de actualización del contexto, requieren de posicionamiento y defensa desde los mismos actores, y por tanto, se recomienda que desde el diseño se establezcan los mecanismos de promoción del valor público creado de manera que no se vea influenciado por factores negativos como los cambios de gobierno.

- c) Considerar el involucramiento de los actores en el programa desde el momento de su diseño, para que el empoderamiento del mismo no siempre sea por el mismo actor sino por varios que le defiendan como valor público.
  
- d) La rigurosidad del diseño para obtener los resultados esperados depende de la definición de algunos elementos y actores de vital importancia. En coherencia con la CEPAL (1989), Ballart (1992) y Roth (2002), la definición del talento humano y de los actores socio-políticos para realizar un trabajo en equipo, la definición clara de algunos insumos e infraestructura como el espacio físico, la disponibilidad y utilización de los recursos físicos o materiales, son condiciones técnicas y administrativas que evitarán afectar la sostenibilidad del programa en el tiempo y así mismo reducir la “brecha de implementación”
  
- e) Finalmente, cabe destacar que se debe indagar a mayor profundidad cómo incide el ejercicio del poder que lleva a la reestructuración organizacional y operativa del sector salud en la permanencia e implementación de las políticas, planes y programas de salud pública en el contexto local, nacional e internacional durante las transiciones políticas y de gobierno, en tanto, los cambios generados no siempre responden a argumentos técnicos.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Alfaro, A.(2009). La evaluacion Ex Post en Colombia. Bogotá D.C.
- Ballart, A. (1996). Modelos teóricos para la práctica de la evaluación de programas. En: Lecturas de gestión pública. Instituto Nacional de Administración Pública. Bogotá, (Colombia).p.p. 20-29
- Ballart, X. (1993). Evaluación de políticas. Marco conceptual y organización institucional. En: Revista de Estudios Políticos. (Nueva Época). Número. 80.
- Betrán, B. (2007). Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. Rev Cubana Salud Pública. 33(2).
- Bhattacharyya, O. Reeves, S. Zwarenstein, M. (2009). What Is Implementation Research? : Rationale, Concepts, and Practices. 19: 491 The online version of this article can be found at: <http://rsw.sagepub.com/content/19/5/491>
- Cohen E; Martínez R. (2002). Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales. Disponible en: [http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual\\_dds\\_200408.pdf](http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual_dds_200408.pdf)
- COHEN, E.; Martínez, R. (2002). Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales [en línea]. [fecha de consulta: 16 Marzo 2013]. Disponible en: [http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual\\_dds\\_200408.pdf](http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual_dds_200408.pdf)
- Concejo de Bogotá D.C. (2008). Acuerdo No. 308 de 2008 Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C., 2008-2012 “Bogotá Positiva: Para vivir mejor”. Bogotá D.C., Colombia.
- Concejo de Bogotá D.C. (2004). Acuerdo Número 119 De Junio 3 De 2004 Por El Cual Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico, Social Y De Obras Públicas Para Bogotá D.C. 2004-2008 Bogotá Sin Indiferencia Un Compromiso Social Contra La Pobreza Y La Exclusión.
- División de Desarrollo Social- CEPAL Naciones Unidas. (2002). Sistema Integrado de Formulación, Evaluación y Monitoreo de Programas y Proyectos Sociales- SIFEM [en línea]. [fecha de consulta: 15 mayo 2014]. Disponible en: <http://preval.org/documentos/00810.pdf>
- Durán. H. (1989). Aspectos conceptuales y operativos del proceso de planificación en salud. En: Cuadernos del ILPES. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Santiago de Chile.
- García, G. Bolívar, J. (2005). Fundamentos de Gestión Pública: hacia un estado eficiente. Escuela de Administración de Negocios - EAN. Bogotá. p.p. 34
- Gomez LF, Sarmiento OL, Lucumí DI, Espinosa G, Forero R, Bauman A. (2005). Prevalence and factors associated with walking and bicycling for transport among young adults in two low-income localities of Bogotá, Colombia. Journal of Physical Activity and Health; 2(4):445-59

Gonzalo Ordóñez, M. Tadlaou, S. Porras Alzate, S. Duarte García, J. López, L. Martínez, L. Calderón, F. Peña, G. (2013). Manual de análisis y diseño de políticas públicas. Universidad Externado de Colombia. Bogotá.

Gustafson, A. (2009). Cost-effectiveness of a behavioral weight loss intervention for low-income women: The Weight-Wise Program. *Preventive Medicine* 49 390–395

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. “Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 – ENSIN”. [Fecha de consulta: 9 Octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. “Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005 – ENSIN”. [Fecha de consulta: 9 Octubre de 2012]. Disponible en: [http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSIN2005/LIBRO\\_2005.pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSIN2005/LIBRO_2005.pdf)

Lucumí, D. Ibarra, M. (2009). Fundamentos de la promoción de comportamientos saludables y prevención de enfermedades crónicas: la experiencia de Bogotá. Investigaciones. En Seguridad Social Y Salud. En. Edición de la Secretaria Distrital De Salud. Vol.10 p.p. 164 – 184.

Lucumí, D. Sarmiento, O. Espinosa, G. (2007). Community Intervention to Promote Consumption of Fruits and Vegetables, Smokefree Homes, and Physical Activity Among Home Caregivers in Bogotá, Colombia. En: *Public Health research, practice and policy*. Vol. 3, número 4.

Ministerio de Protección Social. (2010). Análisis de Situación en Salud en Colombia 2002-2007. Bogotá D.C., Colombia. Diciembre.

Ministerio de Protección Social. Modelo De Gestión Operativa Para El Componente De Salud Mental En Atención Primaria En Salud. 2009, no. 17. [Fecha de consulta: 5 Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/readtrabajocolaborativo/Atenciónprimariaensalud-APS/DOCUMENTOFINALMODELOGESTIÓN.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2008). Resolución No. 425 de 2008 Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá D.C., Colombia.

Morales, J. Gonzalo, E. Martín, F. Morilla, J. (2008). Salud Pública Basada En La Evidencia: Recursos Sobre La Efectividad De Intervenciones En La Comunidad. *Rev Esp Salud Pública*, 82: 5-20

Navarro, H. King, K. Ortegón, E. Pacheco, J. (2006). Pauta metodológica de evaluación de impacto ex-ante y ex-post de programas sociales de lucha contra la pobreza. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Santiago de Chile.

Nina, E. (2008). Modelos de evaluación de políticas y programas sociales en Colombia. *Pap. Polít. Bogotá (Colombia)*, Vol. 13, No. 2, 449-471, julio-diciembre

Organización Mundial de la Salud Europe. (2001). Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. Denmark. Part 1, 3.

Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2003) Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Trasmisibles- CARMEN. vol. 2, no. 4. [Fecha de consulta: 6 Abril 2013]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=16166&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16166&Itemid=)

Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas. 2007

Perry, C. Kelder, S. Murray, D. (1992). Community wide Smoking Prevention: Long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the class of 1989 study. Am J Public Health. 82:1210-1216.

Prada, G. (2007). Evaluación del impacto de un ensayo comunitario sobre el consumo de frutas y verduras en Colombia. Salud Publica Mex. 49:11-19

Roth, A. (2002). Políticas Públicas. Formulación, Implementación y formulación. Editorial Aurora. Bogotá,.

Secretaría Distrital de Salud. (2012). Diagnóstico Distrital de Salud 2010, Documento preliminar. Bogotá D.C., Colombia.

Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos de TU VALES 2007 - 2011. Bogotá D.C., Colombia. [fecha de consulta: 12 Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/index.aspx>

Secretaria Distrital de Salud. (2003). Lineamientos de Política en Prevención de Enfermedades Crónicas” de Secretaria de Salud de Bogotá. [Fecha de consulta: 8 Marzo 2013]. Disponible en: [http://saludpublicabogota.org/wiki/images/c/cf/ANEXOS\\_METODOLOGICOS\\_CONDICIONES\\_CRONICAS\\_-\\_INSTITUCIONAL.pdf](http://saludpublicabogota.org/wiki/images/c/cf/ANEXOS_METODOLOGICOS_CONDICIONES_CRONICAS_-_INSTITUCIONAL.pdf)

Tomar S, Giovino G. (1998). Incidence and predictors of smokeless tobacco use among US youth. Am J Public Health. 88:20-26.

Valdez M. (2007). Evaluación de proyectos sociales. Definiciones y tipologías. [fecha de acceso: 16 de febrero de 2012]. URL disponible en: [http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/evaluacion\\_proyectos\\_sociales2.pdf](http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/evaluacion_proyectos_sociales2.pdf).

Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P. (1998). Fifteen year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project. Am J Public Health. 88:81-85.

## ANEXOS

### ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación sin riesgo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio. (María Fernanda Valbuena - Carlos Andrés Benito Serrano).

**Título de la Investigación:** Descripción De La Experiencia Del Diseño E Implementación De Un Programa En Salud Pública. Estudio De Caso Del Programa Comunitario “Tú Vales” En El Marco Del Plan De Intervenciones Colectivas (PIC) En Bogotá, Colombia 2003-2012.

**Investigadores:** María Fernanda Valbuena - Carlos Andrés Benito Serrano

**Lugar del Estudio:** Bogotá D.C.

#### **Información general del Estudio**

El objetivo de este estudio es describir los aspectos o características más relevantes del diseño y la implementación a nivel masivo del programa Tú Vales, desde la experiencia de los actores que participaron en Bogotá, Colombia en el periodo 2003 a 2012.

#### **Plan del estudio**

Se iniciará con una revisión documental del Diseño del Programa en sus etapas, y de la implementación a gran escala. Luego de hacer un análisis inicial de la información recolectada se contactará con los participantes uno a uno que vivenciaron el diseño y la implementación del programa y están de acuerdo en participar en el estudio, después se iniciarán las entrevistas y actividades para la recolección de las experiencias. Una vez recogida dicha información se procederá a analizarla y a realizar los informes pertinentes los cuales los participantes tendrán una vez el informe se encuentre concluido. Las entrevistas se realizarán de manera individual de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y lugar de los entrevistados en la ciudad de Bogotá.

### **Beneficios**

Los participantes en este estudio pueden narrar, describir, por medio de entrevistas semi estructuradas, su experiencia dentro del proceso de diseño e implementación a gran escala del programa Tú Vales; ser actores sociales activos que aporten información para que a partir de ésta se construyan, ajusten y/o modifiquen políticas y programas en salud pública que aporten al mejoramiento de la calidad de vida y salud.

### **Riesgos**

En este estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y entrevistas semi estructuradas que no intervienen ó modifican intencionadamente variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales, ni afectación de los patrones de conducta de los individuos que participaron. Cada participante fue libre y autónomo de participar en este estudio, así como también de elegir voluntariamente su participación en la investigación y/u omitir aspectos que le afectaran en su integridad. Por lo cual esta es una investigación sin riesgo. No se conoce ningún riesgo físico ó mental por el hecho de participar en este estudio.

**Autonomía:** En este estudio los participantes tienen derecho a decidir participar en la investigación como también de permitir la grabación de su voz.

**Confidencialidad:** En este estudio los participantes tienen derecho a mantener su anonimato como también a usar seudónimos durante las grabaciones.

**Equidad y compromiso:** los participantes tienen derecho al trato justo en términos de participación y de conocer los beneficios como riesgos que conlleva dicho estudio. Para esta investigación se brinda en términos de equidad la posibilidad de verificar como de recibir la información y resultados a los cuales los participantes aportaron desde su vivencia y experiencia en el diseño e implementación del programa.

### **Preguntas y contactos:**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con:

#### **Investigadores:**

María Fernanda Valbuena H.

Celular: 30081539\*\*

Carlos Andrés Benito Serrano

Celular: 31124832\*\*

**Consentimiento:**

De manera libre doy mi consentimiento de participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación y que conozco de los beneficios y riesgos que tiene el mismo. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

**Declaración de los investigadores:**

De manera cuidadosa hemos explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certificamos que, basado en lo mejor de nuestro conocimiento, los participantes que leen este conocimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

---

<b>Nombre</b>	<b>Firma</b>	<b>Año</b>
---------------	--------------	------------

---

<b>Nombre</b>	<b>Firma</b>	<b>Año</b>
---------------	--------------	------------