

**CONVENIO INTERINSTITUCIONAL SUSCRITO ENTRE LA
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS Y EL INSTITUTO NACIONAL
PARA CIEGOS (INCI)
CONVENIO ESPECÍFICO 005-2009.**

**EVALUCION DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS PUBLICOS
DE SALUD VISUAL EN DIEZ DEPARTAMENTOS DE
COLOMBIA**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

Equipo de trabajo

Universidad Santo Tomás

**Joimer E., Robayo R
Docente Unidad de investigación y Postgrados**

**Diana A., Amórtegui Osorio
Salubrista Público**

Instituto Nacional para ciegos (INCI)

Claudia Valdés Laguna

Ignacio Maya

Martha Gómez

Miryam Herrera Gámez

Bogotá, Noviembre 26 de 2009

Presentación del documento

El informe de investigación que se presenta de parte del equipo de trabajo, deviene de una elaboración que se inició formalmente en los el mes de julio de 2009, con la firma del convenio interinstitucional y un trabajo de campo que inició en el mes de agosto, en el Departamento del Chocó y culminó con la visita al Departamento de Sucre, en la última semana de octubre de 2009.

Posteriormente, se hizo una labor de organización y sistematización de estos resultados de orden cuantitativo y cualitativo y se procedió a la construcción de categorías metodológicas derivadas del trabajo teórico adelantado desde los inicios del convenio, en el marco de la Salud visual, como componente de la Salud Pública en Colombia.

Finalmente, en este documento se recoge también toda la elaboración correspondiente al análisis categorial de los resultados, los cuales se presentan de manera descriptiva, por cada una de las regiones evaluadas, destacando, en este punto la ausencia de datos evaluación en tres regiones, aun cuando se cumplió con la convocatoria y las visitas previstas.

Finalmente, se pone en evidencia la construcción de los indicadores, que muestran el cumplimiento de las actividades en la estrategia Hábitos de Vida Saludable (HVS), que resultó siendo la única que actualmente está funcionando en las regiones visitadas y que ha sido originada por el INCI a partir de la capacitación dada en el año 2008. Entonces, estamos hablando finalmente de la evaluación de las actividades vinculadas a tal estrategia y sus efectos en las diez regiones en que se realizó la evaluación.

Como productos finales de este trabajo investigativo, destacamos la metodología conformada para esta evaluación, la cual ha sido ajustada a las condiciones propias de lo planteado por el INCI en sus términos de referencia y ratificado en el convenio 2009; tales aspectos, fueron retomados en relación con el contexto que iba surgiendo en la evaluación y que se enmarcan, teórica y metodológicamente, en la Evaluación en Salud Pública, como quiera que lo que se estaba valorando tiene que ver directamente con Salud Visual como "Programas Públicos de Salud Visual".

En este último sentido, vale la pena destacar el trabajo de la salubrista público de la Universidad Nacional de Colombia, que se

integrara al equipo desde la misma conformación metodológica, lo cual le dio un carácter muy formal (académico y procedimental) y de relieve a este trabajo investigativo, aportando, técnicas e instrumentos, que pueden ser empleados en el corto y mediano plazo para seguir realizando esta importante evaluación, los cuales se configuran como un insumo muy valioso derivado del presente trabajo.

Finalmente se pone de manifiesto un apartado en el que se hace la interpretación de resultados, a cada paso, con salvedades que consideramos muy importantes, ya que una evaluación tiene siempre un contexto de referencia y no debe ser leída solamente desde los resultados puntuales de carácter cuantitativo o cualitativo. Así, las comparaciones entre las regiones, con fines concluyentes resultan poco posibles, ya que diversos factores hacen que no se puedan parear y dar de ello una conclusión. En otros casos, se recurre al grado de avance individual y se presenta una perspectiva posible, dado el comportamiento anterior, pero teniendo especial cuidado de las múltiples contingencias que pueden acompañar su desarrollo futuro.

Todo lo anterior nos dirá, en este punto, que la inversión en recursos financieros, logísticos y humanos, está justificada de manera diferencial por la respuesta dada por las regiones, lo cual es un factor muy importante para orientar estrategias de fortalecimiento, en las que el INCI es un actor muy importante, teniendo a las Secretarías de Salud Departamentales como su referente más importante en este trabajo sobre la Salud Visual en las regiones colombianas y, por supuesto al Ministerio de la Protección Social y sus directrices como el marco y el eje de este trabajo, que implica especialmente el largo plazo.

Algunas indicaciones para leer el informe

- ◆ El informe se desarrolló con base en la macroestructura presentada al equipo y a la división de investigación y generación del conocimiento del INCI
- ◆ Los datos consolidados en matrices se citan en este informe literal, poniendo las referencias precisas con el cual el lector pueda ir al archivo de Excel y encontrar tal información. Esto se ha decidido ante la dificultad de editar las tablas provenientes del Excel en el texto base que se ha trabajado en Word.

1. TRABAJO CON ANTECEDENTES

1.1. Perfiles epidemiológicos

¿Qué hay con relación a la salud visual?

El perfil epidemiológico describe información del comportamiento de los eventos de interés en salud pública que son notificados al sistema de vigilancia nacional SIVIGILA (Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública). Donde la participación activa de los reportes realizados por la comunidad e instituciones de salud de la localidad cumplen un papel importante en la vigilancia de estos eventos, dado que aportan a la identificación de necesidades y a su vez plantean estrategias de solución¹.

La Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de la Protección Social. Publicaron un documento relacionado con la situación de Salud en Colombia - Indicadores Básicos 2008, al realizar una revisión cuidadosa de dicho documento, se evidencia que no contempla información relacionada con salud visual.

De otra parte, la indagación a través de documentos provenientes del Grupo de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social², confirma que efectivamente los indicadores relacionados con alteraciones de los ojos no han sido construidos y que tales factores aun no son tenidos en cuenta. Igualmente manifiesta que respecto al levantamiento de perfiles epidemiológicos cada departamento es autónomo en definir si lo realiza o no, e igualmente si comparte o no la información con otras instancias incluyendo esta instancia gubernamental.

El Ministerio se apoya fundamentalmente en las estadísticas vitales, los indicadores sociales de Planeación Nacional, la Base de datos del Sistema de Vigilancia en salud Pública SIVIGILA, Programa de Inmunizaciones, entre otros, cuando de información sobre situación de salud en Colombia se trata..

¹http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/documentos/sala_situacional/indicadores%20sociodemograficos/perfil%20epidemiologico/perfil%20epidemiologico%202007.pdf

² Entrevista, noviembre de 2009, información suministrada por un funcionario de esta dependencia.

1.2. Otros trabajos o documentos relacionados con la temática

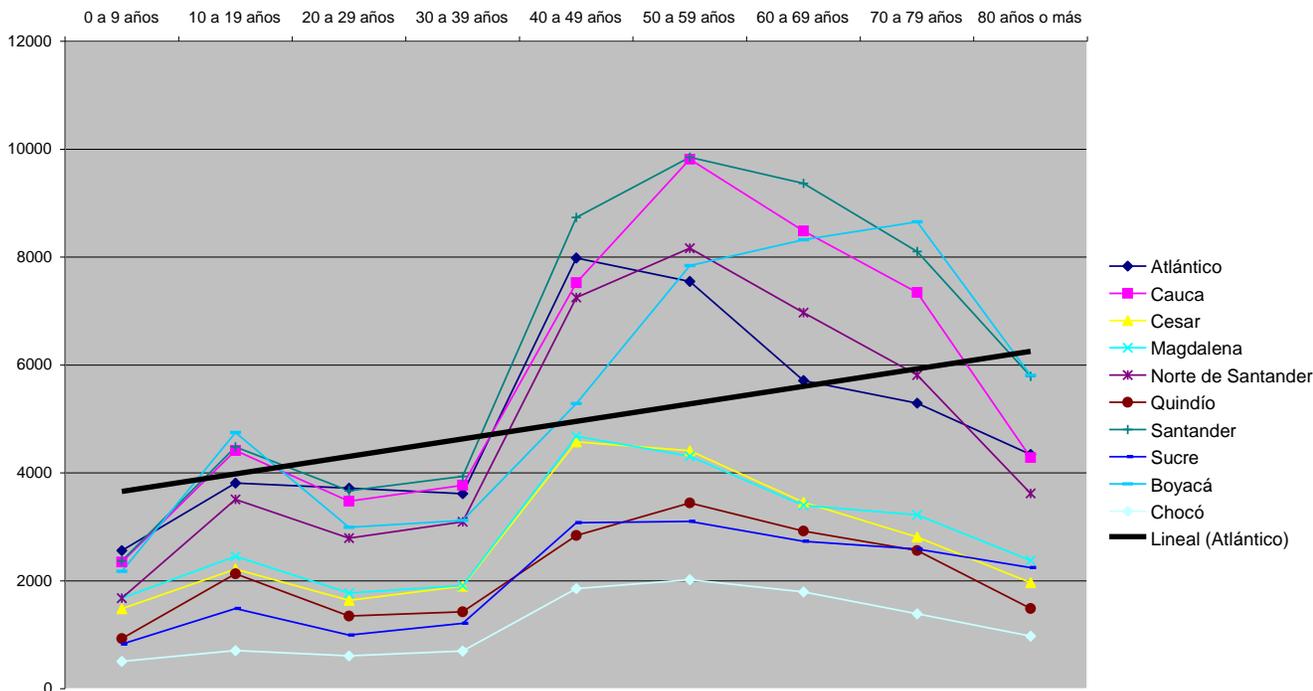
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 37 millones de personas son ciegas y 124 millones tienen visión baja; así que, más de 161 millones de sujetos alrededor del mundo experimentan serias deficiencias visuales. En Colombia según el Censo del año 2005, se cuenta con 41.468.384 habitantes de los cuales 1.134.085 correspondiente al 2.73 %, quienes presentan dificultades para ver y 748.820 correspondiente a 1.80 % no saben si las presentan.

Alteraciones para ver en los departamentos objeto de la investigación de impacto 2009

Limitaciones para ver
Edad en grupos decenales

| | 0 a 9 años | 10 a 19 años | 20 a 29 años | 30 a 39 años | 40 a 49 años | 50 a 59 años | 60 a 69 años | 70 a 79 años | 80 años o más | Total |
|--------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|----------|
| Atlántico | 2561 | 3812 | 3715 | 3613 | 7982 | 7548 | 5712 | 5294 | 4340 | 44577 |
| Cauca | 2345 | 4415 | 3475 | 3770 | 7524 | 9813 | 8484 | 7344 | 4285 | 51455 |
| Cesar | 1480 | 2215 | 1638 | 1898 | 4575 | 4412 | 3453 | 2811 | 1965 | 24447 |
| Magdalena | 1680 | 2452 | 1772 | 1912 | 4675 | 4308 | 3398 | 3222 | 2377 | 25796 |
| Norte de Santander | 1678 | 3507 | 2788 | 3092 | 7251 | 8164 | 6972 | 5815 | 3619 | 42886 |
| Quindío | 927 | 2131 | 1346 | 1423 | 2840 | 3442 | 2922 | 2562 | 1485 | 19078 |
| Santander | 2366 | 4480 | 3667 | 3935 | 8736 | 9849 | 9366 | 8104 | 5787 | 56290 |
| Sucre | 825 | 1485 | 992 | 1211 | 3077 | 3101 | 2732 | 2589 | 2245 | 18257 |
| Boyacá | 2175 | 4746 | 2990 | 3117 | 5284 | 7842 | 8319 | 8651 | 5807 | 48931 |
| Chocó | 504 | 705 | 608 | 697 | 1856 | 2020 | 1793 | 1385 | 972 | 10540 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| SI, Total | 59245 | 59245 | 59245 | 59245 | 59245 | 59245 | 59245 | 59245 | 59245 | 533205 |
| Total PAIS | 840 4774 | 8272800 | 6922606 | 5836451 | 5023812 | 3285998 | 2025787 | 1206956 | 489200 | 41468384 |

Censo General 2005 - Información Básica DANE Colombia Procesado con Redatam+SP CEPAL/CELADE 2007



Como se puede apreciar, el mayor reporte de dificultades corresponde al Departamentos de Santander y Cauca, en el grupo etáreo de 50 a 60 años, siendo también los 40 años en adelante, el periodo más crítico en cuanto a afecciones relacionadas con la salud visual.

1.2.1. Normatividad

El cambio en los sistemas de salud en Colombia empezó a vislumbrarse en la década de los ochenta, cuando fue evidente que no se podían seguir tolerando las tasas de crecimiento en el gasto agregado en salud que se venían presentando; ya que se gastaba la mayor parte de los recursos asignados en la atención y el tratamiento de las enfermedades sin desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que permitieran dimensionar y desarrollar procesos que se convirtieran en vivencias cotidianas de los diferentes ambientes a nivel nacional, se establecieron comportamientos y se incorporaron conceptos que proporcionarían a la comunidad en general una mejor calidad de vida y una formación de hábitos sostenibles, orientados a mantener la salud, reducir los factores de riesgo y potenciar los aspectos protectores de la salud.

La reforma del Sistema de Salud en el año de 1993, tuvo una relación directa con la garantía de los Derechos Humanos que el Estado debe proveer a los ciudadanos, fundamentalmente en lo relacionado con el derecho a una vida digna y el derecho a la salud. De igual manera, esta reforma no desconoció la descentralización administrativa y fiscal, la lucha contra la pobreza, los estímulos al sector privado, el desarrollo de acciones de educación en salud y prevención de la enfermedad y el aumento de las coberturas en la prestación de los servicios de salud, siempre en la búsqueda de una mejor condición de vida para gran parte de la población.

Desde otro punto de vista, se podría afirmar que la reforma, obedeció a razones éticas, políticas y económicas. Éticas, como una responsabilidad constitucional y moral del estado, política, garantizando el acceso eficiente, eficaz y equitativo de la población a los servicios de salud, y económica por una razón simple: un pueblo enfermo no produce.³

Tres años después, a través de la resolución 4288 de 1996, el Ministerio de Salud, definió el Plan de Atención Básica, PAB, el cual contempló actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, de vigilancia en salud pública y de control de factores de riesgo, que generaron que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y entidades gubernamentales como el Instituto Nacional para Ciegos entre otras, orientaran el desarrollo de sus acciones hacia la prestación de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A través del acuerdo 72 de 1997, el Ministerio de Salud, definió el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado y estableció la cobertura de riesgos y servicios a que tenían derecho los afiliados al Régimen incluyendo dentro de la atención básica del primer nivel el desarrollo de acciones de promoción y educación.

En el año 2000, el Ministerio de la Protección Social sobre la base de la Resolución 412, estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adoptó las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Concretamente en el tema de salud visual, reglamentó la Norma técnica para la detección de alteraciones de la agudeza visual dentro

³ Ley 100 de 1993, introducción

de la cual incluyeron la promoción de la salud y la Guía de Atención para los vicios de refracción, el estrabismo y la catarata.

Posteriormente, a través de la resolución 4045 de 2006, se acogió el PLAN VISION 2020 "El derecho a la visión" de la Organización Mundial de la Salud como programa de interés en salud pública, el cual tiene por objeto sensibilizar a la comunidad acerca del problema, movilizar recursos y desarrollar con los gobiernos programas nacionales de promoción de la salud y de prevención de la ceguera. Plantea el desarrollo de acciones para la atención de catarata, vicios de refracción, glaucoma, retinopatía de la prematurez y baja visión.

Un año después, el Ministerio de la Protección Social adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 a través del Decreto 3039, de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

El mencionado plan en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, definió las prioridades en salud de los siguientes cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarcó en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, definió dentro de las líneas para el desarrollo de la política en salud, la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Dentro del objetivo 6 cita: "Disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades, a través de la promoción de acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables. Finalmente, en el año 2008, a través de la resolución 425 se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y las acciones que integran el plan nacional de salud

pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales.

El Plan Nacional de Salud Pública incluye también el Plan De Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de la nación y de las entidades territoriales, que deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. Por su parte, el Plan de salud pública de intervenciones colectivas reemplaza el Plan de Atención Básica. Tal propósito de largo plazo está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya ejecución se ceñirá a los lineamientos que expida el Ministerio de la Protección Social y que incluye dentro de la promoción de la salud y la calidad de vida, la promoción del programa VISION 2020 e inducción a la demanda de los servicios de atención en salud en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud y con la ejecución de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas ubicadas en el área de influencia.

Así como el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha tenido una evolución y un cambio que ha implicado la modificación de diferentes actividades, entidades del Estado que trabajan para el beneficio de la población en general y la prevención de la limitación visual, como el Instituto Nacional para Ciegos también han modificado sus acciones a través del tiempo. Es así como:

1.2.2. Antecedentes

En 1993, mientras que el sistema de Salud era reformado, el Instituto, impulsado por la Presidencia de la República, lleva a cabo el programa "BANCO SOCIAL", a través del cual capacitó a docentes de diferentes departamentos de Colombia y benefició en el componente de salud visual a 274.000 niños. Así, las personas capacitadas se apropiaron de elementos de educación en salud visual y quedaron en capacidad de realizar el examen externo del ojo, evaluar la motilidad ocular y detectar alteraciones de la agudeza visual en los niños.

A finales del año 1997, con el objeto de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población vulnerable, el INCI, en asocio con el consorcio SEAP CINEP, incorporó el componente de salud visual dentro del Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, logrando una cobertura de 30 municipios en 4 departamentos del país, en los cuales capacitaron a docentes en temas de salud visual y atendió a 48.967 niños y niñas menores de 12 años.

Seis años después, con el objeto de incorporar elementos de promoción de la salud visual y ocular que se conviertan en vivencias cotidianas del ambiente educativo, el INCI retomó el tema de prevención de la ceguera, para lo cual elaboró el proyecto "Capacitación a docentes para la detección de alteraciones.

Dicho proyecto, se incluyó en el marco del Programa de "Fortalecimiento de redes sociales en discapacidad" que lideró la Presidencia de la República y en coordinación con las Secretarías de Educación y Salud, el INCI hasta el año 2005 capacitó a 4.046 docentes de 16 departamentos del país.

A partir del año 2005 y con el objeto de ampliar la cobertura de las acciones de educación en salud, se incorporaron actividades de capacitación dirigidas a personas que lideraban procesos dentro de la comunidad, padres de familia y miembros de asociaciones en beneficio de poblaciones vulnerables. Dichas acciones se implementaron en cinco departamentos en los cuales la comunidad manifestó sentido interés por los temas.

Paralelo a lo mencionado anteriormente, se realizaron capacitaciones que incluyeron temas de promoción de la salud visual y detección de alteraciones de la agudeza visual.

1.2.3. Como se concibió la estrategia de hábitos de vida saludables EHVS?

Dado que el Decreto 1006 de 2004 establece que el Instituto Nacional para Ciegos, INCI como establecimiento público del orden nacional, adscrito al Ministerio de Educación Nacional, tiene como objeto fundamental la organización, planeación y ejecución de las políticas orientadas a obtener la rehabilitación, integración educativa, laboral y social de las personas con limitaciones visuales, el bienestar social y cultural de los mismos, y la prevención de la ceguera.

Teniendo en cuenta que en el año 2007 con la sanción del Decreto 3039 se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que establece dentro de uno de sus objetivos "Disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades, a través de la promoción de acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables", el Instituto, propone dar inicio a un proceso coordinado con las Secretarías de Salud

departamentales y la participación activa de la comunidad, para lo cual crea la Estrategia “Hábitos de Vida Saludables” cuyo objetivo planteado fue: “Promover en coordinación con las Secretarías de Salud de los Departamentos de Colombia la incorporación de hábitos de vida saludables en la comunidad que favorezcan la salud visual” .

Dicha propuesta fue presentada inicialmente en el año 2008 a los Secretarios de Salud de ocho departamentos (Atlántico, Cauca, Cesar, Magdalena, Norte de Santander, Santander, Sucre y Quindío) en los cuales se capacitó a distintos agentes a través de talleres a agentes orientados a difundir pautas y procedimientos que permitieran difundir prácticas preventivas en el campo de la salud visual, a través de las Secretarías de Salud Departamentales y municipales en las temáticas de promoción de la salud visual con el objeto que difundieran dentro de la comunidad en general acciones para la incorporación de hábitos de vida saludables.

Es importante mencionar que para el desarrollo de dicha estrategia el Instituto Nacional para Ciegos previamente elaboró material de apoyo como Rotafolio (Pieza de comunicación que permite llevar col contenidos de salud visual a lugares donde no se cuenta con equipos tecnológicos especializados), Videos “Una mirada al ojo” y “Ojo con tus Ojos” (contiene información sobre Anatomía ocular y acciones de promoción de la salud visual.

Con el objeto de continuar con la difusión de la estrategia en el año 2009 se llevó a cabo en los departamentos de Boyacá, Huila, Chocó.

1.3. La Salud pública, en el marco de los Planes de desarrollo regionales involucrados en la evaluación ¿Cómo se desarrollan las acciones de SP en cada región?

CAUCA⁴

Política pública para hombres y mujeres en situación de discapacidad

Estrategias:

Promoción y prevención

⁴ Plan Departamental de Desarrollo: “Arriba El Cauca” (2.008-2.011)

Equiparación de oportunidades Habilitación – Rehabilitación

Objetivo general

Construir un plan de trabajo, diseñado para el periodo 2008 al 2011 que garantice los procesos de formación de líderes Municipales, cambio del imaginario de la sociedad de las personas en situación de discapacidad, creación y fortalecimiento de alternativas de generación de ingresos para las familias con la participación de las personas en situación de discapacidad, creación de un banco de ayudas que se rija por acuerdos construidos desde lo colectivo y que le apuesten a generar oportunidades de formación y alternativas de empleo, implementar el plan de trabajo en 5 municipios del departamento del Cauca pertenecientes a sus 5 zonas geográficas Norte, Sur, occidente, Oriente y Centro, durante el año 2008, tres mas por zona geográfica para el 2009, tres mas por zona para el 2010 y 4 mas para el 2011 alcanzando la Totalidad de los Municipios del Departamento. (42)

Objetivos específicos

_ Realizar campañas que involucren diversos actores y organizaciones tanto municipales, departamentales como nacionales, que nos permitan conocer datos exactos sobre la magnitud del problema que pretendemos enfrentar.

Construir y aplicar programas que permitan la inclusión de las personas en situación de discapacidad al sistema educativo regular, con metodologías que posibiliten desarrollar todas las potencialidades de ellos y ellas, tendientes a la conquista de la autonomía, la libertad y la felicidad, programas que se puedan ejecutar desde los establecimientos educativos formales o no formales, privados o públicos.

_ Construir y aplicar programas para las personas en situación de discapacidad no susceptibles de ser escolarizada, tendientes a desarrollar habilidades que permitan su inclusión a la vida familiar, barrial, Municipal como sujetos de derechos y propositos, capaces de construir proyectos de vida, que garanticen su autonomía, su libertad y su felicidad.

_ Promover e incentivar la microempresa familiar con la participación activa de la persona en situación de discapacidad, como una alternativa de vencer la pobreza, promover la inclusión laboral a través de un banco de ofertas laborales que desde el municipio y el departamento se promueva esta inclusión, generando incentivos tributarios para las empresas que participen del programa.

_ Construir y aplicar una política pública de gobierno Departamental enfocado a transformar la realidad de vulnerabilidad que viven las personas en situación de discapacidad, apostándole a los procesos que se entrelacen con los gobiernos municipales y con las iniciativas privadas, involucrando a la comunidad civil a través de campañas de sensibilización, donde los actores principales sean las personas en situación de discapacidad mostrando sus potencialidades y aportes a la comunidad.

_ Creación de la escuela FORMACION DE FORMADORES, una alternativa para líderes que busquen hacer de sus municipios espacios de convivencia y respeto por la diferencia.

Creación de un banco de ayuda técnicas Departamental con sucursales en los 42 municipios, que permita a la población en situación de discapacidad vincularse a los programas de formación, de generación de ingresos a través de proyectos de vida o de búsqueda de oportunidades laborales.

_ Formular y desarrollar proyectos Municipales, Departamentales que se puedan articular con los ministerios y con organizaciones Nacionales o Internacionales, alcanzando fuentes de financiación que faciliten la conquista de los objetivos propuestos.

_ Fortalecer y operativizar los concejos Departamental y municipales, creando verdaderos espacios de participación, evaluación seguimiento y acompañamiento a los programas construidos a favor de las personas en situación de discapacidad.

Crear una campaña de cambio del imaginario que la sociedad tiene de las personas en situación de discapacidad, campaña que involucre todos los medios de comunicación, todas las alternativas que desde las artes nazcan, con la participación de las personas en situación de discapacidad, sus familias, los Técnicos, Profesionales y Maestros que trabajan en el tema.

_ Articular nuestras propuestas a la construcción de red regional, la cual involucra los Departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. En un intercambio de saberes y fortalecimiento regional que apunta a la construcción de País

Salud:

Prioridades del Plan de Salud Departamental:

Se obtienen del perfil epidemiológico del Departamento, de la normatividad vigente y de lo recogido en las mesas de trabajo con los

diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y son las siguientes:

- _ La salud infantil.
- _ La salud oral.
- _ La salud mental y las lesiones violentas evitables.
- _ Las enfermedades crónicas (transmisibles y no transmisibles) y las discapacidades.
- _ La nutrición – Cauca sin hambre.
- _ La seguridad sanitaria, del ambiente y las zoonosis.
- _ La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
- _ Poblaciones especiales (afrodescendientes, desplazados, desmovilizados, indígenas, adulto mayor, gestantes y habitantes de la calle)
- _ Comunicación y participación social – Proceso transversal
- _ La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

NORTE DE SANTANDER

Plan de Desarrollo para Norte de Santander 2008-2011 “Un Norte para Todos”

Programa 1.3 UN NORTE PRODUCTIVO, SALUDABLE FÍSICA Y MENTALMENTE

Objetivo General: Construir mediante la concertación, la transversalidad y la movilización social de actores, el Sistema de Protección Social en el marco de los procesos propios del aseguramiento, la atención con calidad y la culturización ciudadana que permita el mejoramiento y la sostenibilidad de las acciones en salud, hacia la disminución de los factores de riesgo y el aumento de la calidad de vida de la población, garantizando la equidad de género.

Subprograma, Salud pública

Objetivo: Garantizar las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

Subprograma: Prestación de servicios

Objetivo: Garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Programa

Un Norte Menos Vulnerable.

Objetivo General: Atender eficazmente a la población más vulnerable como niñez, juventud, mujer, indígenas, adulto mayor, discapacitados y toda aquella población que se encuentre en estado de indefensión, fomentando a su vez los espacios de participación que les permitan incorporarse armónicamente a la sociedad. Se establecerá una política de atención social a los campesinos, al pequeño aparcerero, a los recicladores, a los habitantes de la calle, a los deportados y a los desplazados, a través de subsidios para la salud, alimento y vivienda.

Programa para atención integral básica a población discapacitada

Objetivo: Fortalecer e incrementar la atención de personas en condición de discapacidad.

Apoyo a la adecuación del acceso de las personas con discapacidad física y visual a las entidades públicas y privadas del Departamento. Desarrollo del Programa de Rehabilitación funcional de baja visión y ceguera (limitación visual) en la ESE CRC.

BOYACÁ

Plan de desarrollo departamental: "¡Boyacá! Deber de todos" (solo aparece el apartado 8.0 sobre gobernabilidad), En la Secretaría de salud aparece un informe sobre el Programa de Rehabilitación basada en la comunidad RBC que se está implementado actualmente.

CESAR

Plan de desarrollo: "Cesar al alcance de todos". República de Colombia, Asamblea Departamental del Cesar, ORDENANZA N° 000008. (23 DE MAYO DE 2008) POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA Y ADOPTA EL PLAN DE DESARROLLO SOSTENIBLE PARA EL DEPARTAMENTO DEL CESAR 2008-2011 "CESAR AL ALCANCE DE TODOS"

EDIFICIO GOBERNACION DEPARTAMENTAL CALLE 16 No. 12-120
TELEFAX: 095-574 3370 *VALLEDUPAR - CESAR*⁵,

Población en Discapacidad. La población discapacitada identificada en el Cesar equivale al 5,7% del total de la población departamental, es decir, alrededor de 52.003 personas son discapacitadas, de las cuales se encuentran registradas 23.167, y quedan aún por registrar 28.836 personas (Censo DANE 2005).

A nivel departamental existe el Instituto de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar (IDREEC), instancia que prestó atención en el año 2006 a una población de 13.613 usuarios, en tanto que en el año 2007 ésta alcanzó a atender a 11.162 personas, y se presenta una reducción en la prestación del servicio del 18% (IDREEC, 2007). En el Departamento del Cesar la población con discapacidad en edad escolar es de 4.191 (DANE, 2005), de estos el 19% se encuentra incluido dentro de Sistema Educativo para el 2007, lo cual indica que existen 3.394 niños y niñas con discapacidad por fuera del Sistema educativo.

PROGRAMAS DEL PLAN DE DESARROLLO

Lineamiento 1: Justicia Social, Equidad y Lucha contra la Pobreza. *Se trata de avanzar en la oferta pública y en las oportunidades que brinda una sociedad a cada uno de los ciudadanos cesarenses sin distingo de condición o situación alguna.* Este lineamiento centra la atención en las personas, en los grupos poblacionales específicos. Por eso, los programas que se plantean a continuación no tienen una presentación tradicional de sectores (v.g. salud, educación, cultura, entre otros), sino una presentación por grupos de población, como una clara muestra de que esta administración tiene la capacidad para pensar e impulsar de manera integral el desarrollo social del Departamento.

Para establecer el cumplimiento de las acciones surgidas en este objetivo estratégico, la administración departamental se apoyará en el seguimiento y evaluación que se realice a través del Consejo Departamental de Política Social, el Comité Departamental de Atención Integral a la Población Desplazada, la Mesa Departamental de Políticas de los Pueblos Indígenas y el Comité Departamental de Salud. Para ello el Departamento aplicará las siguientes estrategias:

Estrategias⁶

⁵ www.asambleadelcesar.gov.co

En educación básica

En discapacidad

El Gobierno Departamental prestará atención a la población en discapacidad buscando elevar el nivel de atención del ente departamental que presta sus servicios en el territorio, para lo cual se implementarán alianzas estratégicas con socios privados y hospitales de 1° y 2° nivel de los municipios que permitan aumentar los niveles de atención y eficiencia.

Cada acción de gobierno que emprenda el nivel departamental propenderá por un mayor nivel de productividad en el mercado laboral de la población discapacitada. Así mismo, gestionará ante los diferentes niveles la incorporación de esta población en el ámbito laboral.

Programa 1. Primero nuestra infancia

El Departamento adelantará acciones que garanticen la protección integral de este grupo poblacional, en asocio con las demás instituciones, actores, responsables e instancias que forman parte del sistema de bienestar familiar.

METAS DE PRODUCTO

En Salud

- Realizar tamizaje visual a 4.000 niños y niñas de la primera y segunda infancia y garantizar por lo menos 2.000 lentes. Por otra parte, es necesario realizar ocho (8) campañas de promoción y prevención para diagnosticar enfermedades visuales en niños y niñas. (p.72).

_ Diseñar una (1) herramienta educativa (software) para capacitar y sensibilizar a los equipos de promoción y prevención y demás grupos vulnerables sobre los patrones alimentarios adecuados para proteger la lactancia materna. Se entregarán 100 copias (4 por municipio).

QUINDIO

Plan departamental: "Quindío unido" (ajuste de enero 2009)

objetivos estratégicos (p75)

POLÍTICA TERRITORIAL Y AMBIENTAL

"Quindío, Un territorio integrado y competitivo". (p.77)

⁶ En salud (no hace mención a la P y P)

POLÍTICA SOCIAL

"Quindío, con seguridad humana y compromiso social" (p.93)

2.1.6 Dimensión Especial de Discapacidad (p.103)

Reconocer la discapacidad como una situación que no impide al individuo su desempeño en la sociedad como sujeto de derechos, por consiguiente se requiere del fortalecimiento de las entidades públicas y privadas para articular acciones y recursos encaminados a promover la participación e inclusión social

de las personas con discapacidad en términos de equidad. Se afianzarán los procesos de fortalecimiento a las organizaciones de personas con discapacidad y las redes sociales de apoyo a la discapacidad, mediante asesoría a los municipios, campañas de sensibilización y alianzas para el desarrollo de espacios académicos, investigaciones, apoyo a iniciativas productivas, entre otras acciones integrales.

Principales Indicadores Base Esperado

Apoyar la sostenibilidad de los 12 comités municipales y un comité departamental de discapacidad. 13 13 Desarrollar 4 campañas de sensibilización para la inclusión social de población con discapacidad. 0 4 Capacitar en mecanismos de participación a 15 organizaciones de personas con discapacidad que generen autonomía y permitan su inclusión social en términos de equidad 0 15 Apoyar ocho proyectos productivos a las asociaciones de personas con discapacidad 7 15 Implementar una estrategia de rehabilitación basada en comunidad (lineamientos de la Organización Mundial de la Salud OMS y Organización panamericana de la Salud OPS) 0 1 Actualizar el registro y localización de personas con discapacidad 1 1

PROGRAMA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (p.113)

SUBPROGRAMAS, consumo, Promoción Hábitos y Estilos de Vida Saludables

Implementar un proceso de información, educación y comunicación en Guías Alimentarias con enfoque etnocultural. Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, a través de la implementación de la estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI), la cual trabaja apoyando la lactancia materna y ofreciendo atención integral a las madres, niñas y niños, mejorando la calidad de la prestación de un servicio integral con calidad y calidez y además la promoción de la actividad física como herramienta en contra del sedentarismo y las enfermedades crónicas.

META DE PRODUCTO

Incluir el componente de alimentación sana y estilos de vida saludable dentro del proyecto educativo institucional en el 100% de las instituciones educativas.

ATLANTICO

Plan de desarrollo: **"Por el Bien del Atlántico- Unidos, Todo se Puede Lograr"**

Discapacitados. Según estadísticas del Censo DANE 2005 un 6.3% de los habitantes del país (2.651.701) presentan por lo menos una limitación. En el Atlántico existen 106.954 personas (5.1%) con alguna limitación, indicador que se encuentra por debajo del promedio nacional. La mayor concentración de esta población se presenta en Barranquilla (55.7%)

Los municipios de Soledad (17.1%) y Malambo (5.4%). En el ámbito departamental, la aplicabilidad en la normatividad existente para la eliminación de barreras de acceso físico y funcional al espacio público (Decreto 1538/05) y transporte (Decreto 1660/03) es poca.

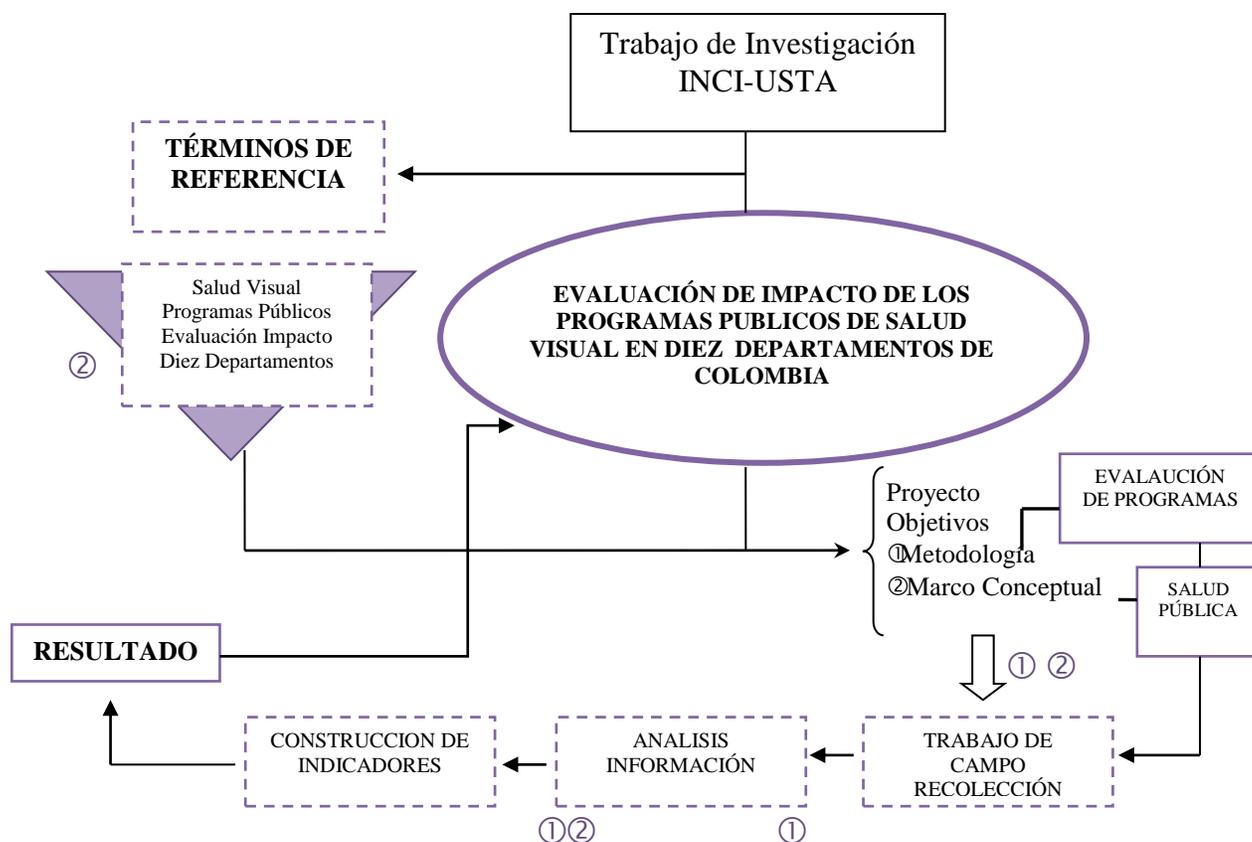
2. ORIENTACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS: ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS

2.1. Contexto

La construcción categorial diseccionó 1) el análisis de la información obtenida durante el trabajo de campo, 2) la identificación de factores relevantes a partir de los resultados, 3) la construcción de indicadores y 4) la evaluación de las actividades en salud visual en los 10 departamento que integran la muestra de ésta investigación. Para esto, el equipo de trabajo del INCI y la USTA, determinó la definición de categorías acudiendo a las siguientes fuentes de información:

1. Consolidación de elementos conceptuales propios de la evaluación de programas, referenciados en las lecturas facilitadas al grupo por el Salubrista Público.
2. Dos Informes de avance del trabajo de investigación radicados en el INCI.
3. Información recolectada durante el trabajo de campo y registrada tanto en los formatos preparados por el grupo como en los informes de gestión.

A partir del siguiente esquema, que relaciona el trabajo adelantado por el grupo, fue posible la integración de elementos metodológicos y conceptuales relacionados con la evaluación de programas de salud, los componentes que facilitan la evaluación de actividades, la definición de categoría de análisis y la construcción de indicadores.



Lo anterior implicó un proceso de cualificación de los funcionarios del INCI, evidenciado en la discusión permanente, orientada desde la USTA, y que propició la comprensión y consolidación de la orientación teórica adoptada y de los elementos metodológicos que permitieran el logro de los objetivos propuestos.

Las aclaraciones dadas por el Salubrista Público, referidas a lo que implicaba la evaluación de impacto de programas públicos de salud visual, permitió al grupo INCI-USTA reconocer sus debilidades y el estado real de los insumos con que se contaba, para enfrentar los retos que demandan este tipo de evaluaciones. En consecuencia, se procedió a dimensionar, dentro de los lineamientos dados por el INCI

en los términos de referencia, la evaluación a realizar y los productos esperados con la investigación.

El grupo de trabajo INCI-USTA, visualizó entonces lo que consideraba sería el producto académico de la investigación. En éste sentido, enfatizó en la importancia de aportar la metodología necesaria para la configuración clara del problema a investigar, la conformación del marco conceptual que orientara, de forma transversal, el desarrollo del trabajo y la construcción de indicadores, que permitieran reconocer y evaluar las acciones en salud visual adelantadas desde las Secretarías de Salud Departamentales. Se resalta aquí, la importancia que tiene el Plan Nacional de Salud Pública, establecido en la Ley 1122 de 2007 y adoptado, para el periodo 2007-2010, en el Decreto 3039 del mismo año, así como la resolución 425 de 2008, la cual establece la elaboración de los planes territoriales de salud y de los planes de salud pública de intervenciones colectivas.

La consolidación de estos elementos han sido vistos por el grupo INCI-USTA como una oportunidad de ofrecer una orientación estratégica para reconocer las acciones en salud visual más importantes originadas en cada Departamento, de cara a futuras evaluaciones de impacto en materia de salud visual.

Para el mes de Julio de 2009, a partir de las discusiones realizadas por el grupo, se consolida el objetivo del trabajo: desarrollar una evaluación de tipo exploratorio de las acciones realizadas, al interior de los Programas Públicos de Salud Visual presentes en diez Departamentos de Colombia, y cuyas acciones se hubiesen desarrollados durante el periodo 2007-2009.

La metodología empleada para el logro de este objetivo, se relacionó con la definición inicial de indicadores de percepción y documentales, que permitieran la construcción de los instrumentos que orientaran el desarrollo del trabajo de campo y la recolección de información referida a las acciones en salud visual, lideradas desde las Secretarías Salud de los Departamentos visitados. Estos instrumentos se dirigían a cada una de las fuentes, determinadas como principales, para el desarrollo de las acciones en los Departamentos. Durante el trabajo de campo, se acudió entonces a las personas encargadas del desarrollo del programa, a sus usuarios y a los soportes documentales.

Seguidamente, se realizó el registro de la información en los formatos y se procedió a su clasificación, para esto se hizo necesaria

la consolidación de una estrategia de organización y categorización. Por último a partir de la categorización realizada, se procedió a la construcción de indicadores que permitieran dar cuenta del estado de las acciones en salud visual desarrolladas en los diez Departamentos visitados.

2.2. Evaluación de Impacto en Salud

"... la evaluación de impacto en salud (EIS), una nueva herramienta de apoyo a la toma de decisiones, a la formulación de políticas saludables y al fortalecimiento de la salud pública. Entre sus múltiples definiciones, la más aceptada es la recogida en el documento de consenso de Goteborg, donde se define como "una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las que una política, programa ó proyecto puede ser evaluado en función de sus potenciales efectos en la salud de la población y de la distribución de estos en dicha población". Rivadeneyra & Artundo (2008). Desde los años 90 la EIS está estrechamente relacionada con el impacto medio ambiental y el enfoque comunitario, lo que la hace adecuada para el trabajo intersectorial en salud.

Por su parte, La Organización Mundial de la Salud, define la evaluación del impacto en salud como "una combinación de procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una política, un programa o un proyecto en la salud de la población, y la distribución de los potenciales efectos dentro de ella" Sandín & Sarría (2008)

La evaluación del impacto en salud es un proceso multidisciplinario que combina evidencias cualitativas y cuantitativas en un marco de toma de decisiones y está basada en un modelo de salud que incluye los determinantes económicos, políticos, sociales, psicológicos y ambientales de la salud. Es decir, las intervenciones con un impacto real en la salud de la población deben tener un enfoque global y ser de nivel estructural, con medidas de salud pública decididas a nivel político, por lo que los responsables de poner en marcha esas medidas deben implicarse en el proceso de toma de decisiones y en la posterior evaluación de su efectividad. Para poder realizar evaluación de impacto en salud, es necesario facilitar la integración entre los datos existentes para realizar el diagnóstico inicial y poder investigar a posteriori los efectos de las medidas políticas llevadas a cabo. De esta manera será posible monitorizar los efectos sobre la salud que tengan las acciones identificadas en la evaluación de

impacto en salud, maximizando sus potenciales efectos positivos y evitando los posibles efectos negativos.

2.3. Metodología de la evaluación del impacto en salud

A continuación se presentan los pasos retomados por Sandín & Sarría (2008) para la implementación de una metodología de evaluación de impacto.

- ◆ Valoración de la pertinencia: Es valorar si las acciones que se van a realizar van a tener impacto en la salud de la población, es conocer el tipo de política que se evalúa, la relación con otras políticas, los grupos de población que se ven afectados, los potenciales efectos en la salud que pueden producirse y el grado de evidencia que apoya las valoraciones que se han hecho para saber si es apropiado realizar la evaluación.
- ◆ Definición del alcance de la evaluación: Es diseñar y planificar la evaluación y la profundidad del análisis que se va a llevar a cabo y así mismo elaborar el plan de evaluación del proceso. En este paso es importante implicar a las personas que elaboran la política, plan o proyecto a evaluar (crear el grupo asesor) y fijar los términos que se van a evaluar (objetivos, métodos), el alcance, los productos esperados, los recursos necesarios para llevar a cabo la Evaluación y hacer una estimación del tiempo. Los métodos para recoger y analizar datos variarán según la profundidad de la evaluación.
- ◆ Asesoramiento:
 - a. El primer paso es analizar la política, proyecto o programa que se va a evaluar. Debe identificar: a) Propósito, contexto y estrategias de la política, proyecto o programa. b) Poblaciones que se verán afectadas positiva o negativamente por la política, proyecto o programa. c) Muestra de decidores políticos relacionados con la política quienes proporcionarán la evidencia de los efectos de la política y recibirán el informe de la evaluación. d) Relación de la política propuesta con otras políticas e) Resultados de evaluaciones de otras políticas similares.

Este análisis también genera la información para conocer el perfil de las comunidades, las guías de las preguntas

para las entrevistas con los decisores políticos y los conceptos a investigar en la revisión bibliográfica.

b) El segundo paso es realizar el diagnóstico de la comunidad afectada, es decir la descripción de las variables de salud y sociodemográficas sobre las que puede influir la política, programa o proyecto a evaluar. Un conjunto de indicadores para realizar el perfil de una comunidad debe reflejar población, estado de salud(morbilidad, mortalidad, salud, bienestar y calidad de vida) y determinantes de la salud (condiciones de la vivienda, empleo, calidad del aire, acceso a servicios sanitarios, estilos de vida, dieta y actividad física)

- ◆ **Recolección de datos:** se realiza a través de entrevistas o revisión de documentación. Se debe incluir a los decisores políticos para incorporar la mayor cantidad de perspectivas y para conseguir que las recomendaciones finales se lleven a cabo ya que son quienes finalmente toman las decisiones.
- ◆ **Análisis de impacto:** se organizan las evidencias de impacto recogidas de las diversas fuentes de datos para determinar: Impacto en la salud, dirección del cambio (ganancia o pérdida de estado de salud), gravedad del impacto, probabilidad del impacto (probable, posible o especulativo), latencia del impacto (ocurrirá a corto, mediano o largo plazo)
- ◆ **Establecer impactos prioritarios:** Con el fin de plantear recomendaciones para aquellos impactos con mayor prioridad. Los criterios para ello son:
 - **Calidad de la evidencia:** Considerar la coincidencia de las fuentes de datos.
 - **Probabilidad de impacto**
 - **Escala de los impactos de la salud en la población:** Cuanto mas grande es la población afectada o más grave el efecto, mas prioridad
 - **Desigualdades:** A mayor desigualdad, mayor prioridad

Las recomendaciones se hacen para maximizar el impacto positivo en salud y atenuar los efectos adversos. Estas recomendaciones deben

ser practicables, realizables y su eficacia debe estar basada en evidencias.

Evaluación del proceso: Hay que diseñarla al definir el alcance de la evaluación antes de redactar el primer informe de las recomendaciones. Hay que identificar las lecciones aprendidas del proceso de evaluación. Se tienen en cuenta criterios de:

- Eficacia: ¿se cumplió lo planeado?
- Efectividad: ¿Se alcanzaron los objetivos previstos? ¿Por qué?
- Eficiencia: ¿Cuánto costó y quien lo pagó?

Equidad: ¿Los grupos vulnerables estuvieron implicados en la evaluación? ¿Los datos sobre población vulnerables estuvieron disponibles? ¿Las recomendaciones incluyeron la acción para tratar la diferente distribución de impactos?

Completa la evaluación del proceso, identificando impactos y realizando las recomendaciones hay que redactar un primer informe que describe el proceso, los resultados y las opciones de la revisión de la revisión de la política que se presenta al grupo que realiza la evaluación y a los políticos que se implicaron en el proceso. Luego se elabora un segundo informe que valora los métodos utilizados, el nivel de acuerdo alcanzado en la identificación de los impactos y en la definición de las recomendaciones. Finalmente se redactan las conclusiones para remitirlas a los responsables de la política evaluada para discutir los ajustes a que haya lugar.

Divulgación: Se negocian las recomendaciones y se definen los ajustes necesarios.

Monitorización y evaluación de resultados: Se verifica si se realizaron los ajustes propuestos en las recomendaciones en dos niveles:

Evaluación de impacto: ¿Cuando se hicieron los ajustes? Si no se realizaron ¿por qué no se hicieron? ¿Hubo efectos al realizar la evaluación?

La evaluación de impacto es un proceso que es posible de ser realizado si se tienen condiciones de estructuración, implantación, desarrollo y resultados firmes en el tiempo; de lo contrario, lo que se está evaluando es un componente menor; es decir, de un grado más bajo en la escala valorativa, como es el caso de una estrategia o una actividad.

La rigurosidad en la evaluación no la determina el componente estadístico, matemático o de modelos experimentales; antes bien

esto puede ser contraproducente, dadas las características multicausales de un fenómeno social, como viene siendo el marco de la Salud Pública. Se debe considerar la posibilidad de la evaluación en términos de la oportunidad, pero también de la inversión en dicha evaluación, lo cual puede ser sustituido por sistemas de información lo más robustos posible, lo cual puede garantizar un análisis de datos relevante, en el caso de no tener programas implantados apropiadamente o con resultados aun no muy definidos.

2.4. Generalidades sobre Evaluación e Indicadores

Con frecuencia se da un uso inadecuado al término de evaluación, se puede entender como un instrumento de castigo o forma de auditoría, control y medición cuando las cosas generalmente no están bien. Estas malas prácticas de la evaluación contribuyen a que el concepto adquiera una imagen punitiva y poco favorable. Contrario a esto la evaluación debe entenderse como parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que tenga como fin darle solución a problemas asociados a la calidad de vida de las personas.

La evaluación es definida como "el uso de procedimientos científicos para sistemáticamente investigar la efectividad de los programas. La evaluación es un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia" Rossi et al (1999)

Evaluar es diferente a medir, cuando se evalúa se establece un juicio sobre el valor o mérito de algo, se requiere siempre de la comparación con un estándar o punto de referencia. Por su parte, la medición se relaciona con el dato, el cual no implica ningún tipo de relación.

En evaluación se hace necesaria la recolección, análisis e interpretación de evidencia empírica que fundamente las conclusiones. Entre más sólida sea la evidencia, más credibilidad tendrá el juicio evaluativo.

La evaluación de programas permite contestar preguntas como las siguientes (Rossi et al, 1999):

1. Problemas a los que se dirige: Sobre la necesidad por los servicios (valoración de necesidades): ¿Hay necesidad de este programa? ¿Cuáles son las condiciones sociales y de salud a las que debe dirigirse el programa?
2. Sobre la conceptualización del programa y su diseño: ¿Está el programa apropiadamente diseñado?
3. Implementación y administración: Sobre las operaciones del programa y la prestación de los servicios: ¿Se está implementando el programa adecuadamente? Sobre el costo y la eficiencia: ¿Cuál es el costo del programa? ¿Es costo-efectivo?, ¿Es sostenible?
4. Logros e Impacto, comparara lo esperado/planeado y lo obtenido: Sobre los resultados e impactos: ¿Realmente tiene el programa los resultados deseados? ¿Hay efectos colaterales no esperados?

Un aspecto necesario a tener en cuenta es saber ¿Para qué se evalúa?, la respuesta puede llevar a determinar que la evaluación se realiza para:

- Explicar el estado de los programas y así determinar líneas de acción para mejorar su efectividad
- Orientar la toma de decisiones
- Saber si los recursos están siendo aprovechados adecuadamente
- Saber si las acciones emprendidas se están realizando según lo planeado
- Determinar si las acciones están provocando los cambios deseados

Otro aspecto importante es determinar ¿Qué tipo de evaluación se desea hacer?

Al respecto, se mencionan dos tipos de evaluación:

- Evaluación Formativa: Es aquella que se realiza regularmente para guiar y posiblemente corregir el desempeño de un programa. Su objetivo fundamental es el mejoramiento.
- Evaluación Sumativa: Pretende establecer en qué grado el programa, una vez implementado, ha generado en la población meta los cambios esperados en las variables de resultado o de impacto.

Una tercera pregunta que se hace necesario responder para implementar un proceso de evaluación se relaciona con saber ¿desde dónde evaluar? , al respecto tradicionalmente se han distinguido dos formas desde donde se hace la evaluación:

- Evaluación interna: En dónde los mismos ejecutores y responsables de los programas los que llevan a cabo la evaluación
- Evaluación Externa o Independiente: Una persona o grupo de personas externas al programa, son los encargados de diseñar y desarrollar el proceso evaluativo.

Otros elementos adicionales de relevancia para la evaluación son:

1. Se debe distinguir los diferentes propósitos de la evaluación y los tipos de evidencia que se recolecta para cada una. Uno de los propósitos es el beneficio del programa y sus audiencias involucradas (stakeholders). La evidencia recolectada se usa para guiar el programa y mejorarlo. Un segundo propósito es probar a los donantes, agencias financiadoras y hacedores de política que el programa tiene un impacto, un efecto, un valor.
2. Todavía falta por oír muchas voces en el debate sobre lo que constituye evidencia, especialmente se deben incluir a representantes de las naciones en desarrollo y a la gente y los grupos que quedan automáticamente excluidos al no mantener cargos públicos que puedan traerlos a la mesa de discusión.
3. Cualquiera que sea el contexto para la evaluación de la promoción de la salud, tales evaluaciones deben ser conducidas en colaboración con los "stakeholders" (audiencias interesadas), incluyendo las comunidades en las cuales los programas se están ejecutando. Esto requiere que las medidas e indicadores de evaluación seleccionados tengan significado para esos diversos grupos y comunidades.

Realizar una evaluación de impacto implica establecer evidencia de una relación causal entre el programa y los resultados de salud que se observan en la población. El impacto se refiere a resultados del programa que pueden ser asociados a dimensiones de calidad de vida o desarrollo humano. Los cambios esperados pueden ser cualitativos o cuantitativos pero siempre deben ser medibles. La evaluación de impacto puede definirse como un conjunto de actividades de investigación tendientes a establecer si el comportamiento observado en las variables de interés (variables de impacto) puede ser atribuido al programa. La meta es entonces establecer evidencias de una relación causal entre los resultados observados y las actividades del programa de salud.

El grupo de trabajo INCI-USTA, ha realizado un ejercicio de recolección de evidencia empírica a partir de la construcción de formatos que permiten obtener información de los programas a partir

de fuentes primarias en cada uno de los viajes que conforman el trabajo de campo. La evaluación es una herramienta que informa la toma de decisiones, ayuda a identificar y corregir errores en la implementación de los programas y permite las intervenciones más eficientes y efectivas.

En cuanto al tema referido a Indicadores, podemos definir éstos como instrumentos centrales en la gerencia pública moderna, pues son los que permiten hacer seguimiento y evaluación. "El seguimiento es la recolección y análisis continuo de información útil para tomar decisiones durante la implementación de una política, programa o proyecto, con base en una comparación entre los resultados esperados y el estado de avance de los mismos. La evaluación es una valoración exhaustiva y sistemática de una intervención del Estado y sus efectos (positivos o negativos, esperados o no) para determinar su relevancia, eficiencia, efectividad, impacto o sostenibilidad. El objetivo fundamental de evaluar, es incorporar las lecciones aprendidas para mejorar las decisiones relacionadas con mantener, ampliar, reorientar, crear o eliminar una política, un programa o un arreglo institucional". The World Bank- IBRD (2000).

Entonces tenemos cómo un indicador es la representación cuantitativa que sirve para medir el cambio de una variable comparada con otra. Sirve para valorar el resultado medido y para medir el logro de objetivos de políticas, programas y proyectos. Un buen indicador debe ser claro, relevante con el objeto de medición y debe proporcionarse periódicamente. DPN-SINERGIA-GAPI (Sin año de publicación)

El mismo documento mencionado anteriormente, presenta un glosario de términos relacionados con evaluación, el cual se transcribe a continuación, pues es considerado clave para claridad conceptual:

Gestión: Grupo de acciones necesarias para transformar determinados insumos en productos, en un periodo determinado y dentro del marco de una política, programa o proyecto en particular.(Fuente: Metodología General Ajustada para Formulación y Evaluación de Proyectos. Bpin, 2002)

Efecto: Es el resultado de una acción, que puede darse en el corto, en el mediano o el largo plazo. A nivel de proyecto, el efecto es el segundo nivel de resultados dentro del ciclo del proyecto, cuando

éste comienza a generar los beneficios previstos en su operación. (Fuente: Metodología General Ajustada para Formulación y Evaluación de Proyectos. Bpin, 2002)

Evaluación: Valoración ordenada sobre el diseño, implementación o los resultados de un proyecto, programa o política. Sirve para generar información que ayude a los evaluadores y a los beneficiarios de la política, programa o proyecto, para tomar decisiones. (Fuente: Sinergia a partir de OECD 2002). Se refiere a la comparación numérica o no de los costos y beneficios asociados a una política, plan o proyecto. (Fuente: Bpin, 2003)

Fuente de información: Personas, instituciones, grupos y/o documentos que contienen información a partir de la cual es posible extraer datos útiles para generar información evaluativa Ejemplo: El DANE para la inflación trimestral, la Dirección de Carreteras del Ministerio de Transporte para el tráfico promedio diario. (Fuente: Sinergia a partir de Bezzi, 2001). Son los canales sectoriales o territoriales por los cuales debe fluir la información. (Fuente: Manual de Procedimientos, Bpin, 2002)

Impacto: Efectos de largo plazo, positivos y negativos, producidos directa o indirectamente por una política, programa, proyecto o por cualquier tipo de intervención o acción, sobre su población objetivo. Estos efectos pueden ser económicos, socio-culturales, institucionales, ambientales o tecnológicos. Los impactos más inmediatos o en el corto plazo son usualmente llamados resultados. Ejemplo: Mejorar la orientación del gasto social como impactos de la implantación del nuevo Sisben. (Fuente: Sinergia a partir de Bezzi, 2001, EU, 2003 y OECD 2002) Es el cambio logrado en la situación de una población como resultado de los productos y efectos obtenidos con un plan, programa o proyecto. Se trata del nivel más elevado de resultados y efectos obtenidos por el plan, programa o proyecto, cuando se genera la totalidad de los beneficios previstos en su operación. (Fuente: Metodología General Ajustada para Formulación y Evaluación de Proyectos. Bpin, 2002)

Línea de base: Datos e información que describe la situación previa a una intervención para el desarrollo y con la cual es posible hacer seguimiento y monitorear una política, programa o proyecto o efectuar comparaciones relacionadas. Un estudio de línea base usualmente describe dicha situación previa o punto de partida, antes de adelantar una política, programa o proyecto de asistencia Ejemplo: Situación nutricional de los niños que serán beneficiados del

programa de desayunos infantiles. (Fuente: Sinergia a partir de UNDP, 2003).

Política: Criterios que sirven para orientar una acción o decisión, expresados usualmente a través de planes. Una política no necesariamente está delimitada en términos de tiempo, cronograma o presupuesto. Ejemplo: política de vivienda hacia el beneficio de las zonas urbanas marginales, política de empleo por un (Fuente: Sinergia a partir de EU 2003, y AHD 1985)

Programa: Grupo organizado y variado de actividades dirigidas hacia el logro de objetivos específicos (pueden incluir varios proyectos y procesos). Un programa está delimitado en tiempo, cronograma y presupuesto. Ejemplo: Programa Presidencial de Lucha Contra la Corrupción (Fuente: EU 2003). Estrategia de acción cuyas directrices determinan los medios que articulados gerencialmente apoyan el logro de un objetivo sectorial. Como estrategia, un define los criterios y condiciones para la definición de la población objetivo, la tipología de los proyectos seleccionables, las metas, la fecha de cumplimiento, y los recursos requeridos por tipo de proyecto. (Fuente: Metodología General Ajustada para Formulación y Evaluación de Proyectos. Bpin, 2002)

Proyecto: Intervención singular dirigida hacia el logro de objetivos puntuales dentro de un período determinado y con un presupuesto específico. Un proyecto puede ser parte de un programa. Ejemplo: Proyecto de consolidación de un sistema de gobierno en línea. (Fuente: Sinergia a partir de Bezzi, 2001 y EU, 2003) Unidad operacional que vincula recursos, actividades y productos durante un periodo determinado y con una ubicación definida para resolver problemas o necesidades de la población. Debe formar parte integral de un programa. (Fuente: Metodología General Ajustada para Formulación y Evaluación de Proyectos.

Indicador: Representación cuantitativa que sirve para medir el cambio de una variable con respecto a otra. Un buen indicador debe ser claro, útil para tomar decisiones y actualizable cada vez que se necesite. Proporciona la capacidad de medir el logro de los objetivos propuestos en torno a lo que se hizo, lo que se está haciendo ó lo que se deberá hacer en el futuro. Ejemplos: cobertura del servicio de alcantarillado, porcentaje de desnutrición infantil, inversión en construcción de vivienda de interés social. (Fuente: Sinergia a partir de Bpin, 2002, Bezzi, 2002 y OECD, 2002). Relación entre variables que miden el cumplimiento de las metas de acuerdo a los resultados

esperados de un proyecto o programa. Proporcionan una escala con la que puede medirse un cambio real logrado. (Fuente: Metodología General Ajustada para Formulación y Evaluación de Proyectos. Bpin, 2002)

2.5. Elementos para construir categorías

A continuación se presentan algunos elementos, conceptuales aclaratorios que permitieron al grupo, la comprensión de qué es una categoría y de cómo identificarlas a partir de la información obtenida.

Es posible definir categoría como “un ordenador analítico, temático y conceptual. En la categorización emergen estructuras, significados y casos atípicos que aparecen en la información generada” (Calderón, 2009). Las categorías producto del ejercicio del grupo INCI-USTA se relacionan directamente con una serie de casillas que al ser definidas permiten sistematizar la información y generar los indicadores para el análisis y evaluación de las actividades en Salud Visual desarrolladas en cada Departamento.

La construcción de categorías permite dar significado “sentido” a los datos que se han obtenido durante el trabajo de campo en cada una de las regiones visitadas, teniendo como insumo los instrumentos elaborados para tal fin. Dichos datos requieren ser diferenciados, para esto es pertinente “resaltarlos/codificarlos” de las fuentes con las que se cuenta. Es preciso aclarar que se puede codificar una palabra, un renglón, una oración, un párrafo o un texto completo. Sin embargo, para efectos del ejercicio particular del equipo de investigación, se recomienda la codificación de aquellos elementos considerados clave o más pertinentes y que den respuesta a las preguntas realizadas a cada una de las fuentes.

En otras palabras, las categorías se refieren al agrupamiento de características comunes, a partir de la aplicación de criterios, los criterios se definen a partir de la comprensión misma de la investigación desde la formulación del problema a abordar, la definición de los objetivos y la concepción metodológica empleada.

Las categorías guardan relación primordial con un principio de orden, una forma de clasificar información, que obedece a criterios previamente establecidos. Tales aspectos ordenadores provienen, en sentido general, de la orientación conceptual y del problema que se ha de abordar. En el caso de los proyectos de investigación, para la

construcción de categorías se hace necesario retomar aspectos centrales de los objetivos y orientación conceptual; por ello en el desarrollo de una investigación se habla de categorías a nivel metodológico y o acervo teórico, cuando nos referimos al conjunto de conceptos que permiten el direccionamiento y posterior interpretación de los hallazgos.

Existen varias formas de abordar las categorías:

- Categorías espacio-temporales
- Categorías expresas como datos cualitativos o aquellos que puedan ser procesadas estadísticamente.
- Conjunto de categorías analizadas a partir de la información obtenida [categorías resultantes de (...)]
- Categorías resultantes de procesos comparativos de una variable con respecto a las de la otra, así como las relaciones entre las categorías de las dos variables nivel de análisis estadístico).

2.5.1. Definición de categorías de Análisis

Una vez asimilados los elementos conceptuales que orientaban el trabajo, el equipo del INCI y la USTA, determinó las categorías que permitirán analizar la información. Las categorías acordadas fueron:

- I. Gestión y Organización de la Estrategia
 - a. Origen de la Estrategia
 - b. Recursos
 - b1. Humanos
 - b2. Logísticos
 - b3. Financieros
 - c. Oportunidad
 - d. Eficiencia
 - e. Eficacia

- II. Resultados de la Estrategia
 - a. Cobertura
 - b. Continuidad
 - c. Actividades desarrolladas

- III. Efectos de la estrategia
 - a. Conocimiento
 - b. Cadena de resultados
 - c. Efectividad

Una vez acordadas estas categorías se procedió a hacer su respectiva definición, de tal forma que orientara el resaltado de la información más relevante obtenida durante el trabajo de campo y la consolidación de los indicadores de evaluación.

La siguiente tabla, presenta la definición de los tres grandes grupos de categorías con su respectiva codificación:

| I. Gestión y Organización de la Estrategia: Este grupo de categorías permitirá identificar aspectos relacionados con 1. la <i>formulación</i> de la estrategia, 2. los <i>Insumos</i> : recursos necesarios para implementar la estrategia y 3. aspectos relacionados con las <i>actividades o gestión</i> de la estrategia: procesos, acciones y operaciones adelantadas dentro de la etapa de implementación de la estrategia, elementos para analizar la eficiencia, la eficacia y la oportunidad de la entidad ejecutora de la estrategia. | | |
|--|-------------------------|--|
| CÓDIGO | DENOMINACIÓN | DEFINICIÓN |
| I.a | Origen de la Estrategia | Categoría referida a aspectos relacionados con el diseño o formulación de la estrategia y las razones que justifican su implementación (apoyo político, comunitario, institucional, perfil de salud, necesidad de la población objeto, directriz, etc.). |
| I.b1 | Recursos Humanos | Se refiere a los responsables del desarrollo de la estrategia y su tipo de vinculación (funcionarios de la secretaría de salud, contratación externa, funcionario entidad privada, etc.). |
| I.b2 | Recursos Logísticos | En esta categoría se contemplan todos aquellos aspectos relacionados con los medios y métodos empleados para llevar a cabo la organización de la estrategia, se incluirán aquí también aspectos de orden físico e infraestructura. |
| I.b3 | Recursos Financieros | Se refiere al dinero empleado para la ejecución de la estrategia, presupuesto planeado y ejecutado (ejecución presupuestal) |
| I.c | Oportunidad | Referida a la conveniencia de tiempo y de lugar en los que se implemento la estrategia. |
| I.d | Eficiencia | En esta categoría se incluyen todos los elementos que permitan determinar el grado hasta el cual se ejecutaron, administraron y organizaron las actividades de la estrategia de una manera apropiada al menor costo posible para rendir los productos y/o componentes esperados. |
| I.e | Eficacia | Indica en qué medida se lograron los objetivos de la estrategia. (Aquí no se han de tener en cuenta aspectos como el costo, el recorrido, la duración, etc.). |

II. Resultados de la Estrategia: Se espera que este grupo de categorías permita

| determinar los <i>efectos</i> inmediatos o a corto plazo generados desde la estrategia sobre la población directamente afectada | | |
|---|---------------------|--|
| CÓDIGO | DENOMINACIÓN | DEFINICIÓN |
| II.a | Cobertura | Referida a la cantidad de agentes de cambios u otras personas que tuvieron acceso a la estrategia, así como a la extensión territorial abarcada. |
| II.b | Continuidad | Abarca aspectos relacionados con la réplica de la estrategia, motivos que propiciaron la re implementación de la estrategia más allá de los agentes de cambio. |
| II.c | Actividades | Esta categoría se relaciona con el tipo de actividades o tareas emprendidas o desarrolladas durante la implementación de la estrategia, también se contempla aquí el uso de materiales relacionados con rotafolios, videos, cartillas y afiches. |

| III. Efectos de la Estrategia: Con este grupo de categoría se pretende medir el <i>efecto</i> a mediano o largo plazo generado por la estrategia sobre la población directamente afectada. | | |
|--|----------------------|---|
| CÓDIGO | DENOMINACIÓN | DEFINICIÓN |
| III.a | Conocimiento | Enfatiza el grado de conocimiento, referido a la salud visual, adquirido por los beneficiarios de la estrategia (agentes de cambio). |
| III.b | Cadena de Resultados | Se refiere a acciones o cambios que surgieron como producto de implementación de la estrategia. Se han de incluir aspectos positivos y negativos, producidos directa o indirectamente por la implementación de la estrategia |
| III.c | Efectividad | Categoría referida al grado en el cual la estrategia logró los resultados previstos o esperados y, por tanto, alcanzó su propósito. Se incluyen todos los aspectos que permitan evidenciar el logro de los objetivos propuestos en la estrategia. |

3. Análisis de los resultados

3.1. Concordancia y disparidad

La sistematización de los datos obtenidos durante el trabajo de campo permite identificar cómo en los Departamentos de **Boyacá, Sucre y Chocó no se han desarrollado estrategias relacionadas con la salud visual, las personas entrevistadas no reportan actividades en el área**, esto se justifica en gran medida pues la estrategia de Hábitos de Vida Saludable, liderada por el INCI, no se había implementado al momento del desarrollo del trabajo de campo.

Lo anterior se puede comparar con lo ocurrido en los Departamentos en los que se encontraron mayor número de estrategias o actividades relacionadas con la salud visual: Norte de Santander, Santander y Cauca, en donde se menciona como antecedente importante la estrategia Hábitos de Vida Saludable.

Un aspecto que se presenta en la generalidad de los Departamentos incluidos en la evaluación, es la escasa presencia de las Secretarías de Salud con acciones o estrategias que favorezcan la salud visual. Solo la estrategia Hábitos de Vida Saludable generada por el INCI y puesta en marcha en el 2008 es de la que se tiene información concreta; así, la mayoría de los departamentos aun están iniciando el trabajo de posicionamiento de la estrategia (Tabla "Categoría Gestión y organización de la Estrategia"), a través de la voluntad política y las acciones administrativas necesaria para que se generaran actividades que permitieran tanto su implantación, como la generación de otras actividades alternas.

Es notorio, como en los Departamentos de Cauca, Norte de Santander y Quindío se generó un trabajo amplio en relación con la difusión del taller orientado por el INCI, de tal forma que se pueden apreciar el desarrollo de otras actividades en salud visual, pero que no pueden llegar a consolidarse como programas. Las experiencias de Cauca y Norte de Santander representan una voluntad netamente estatal que se afianza en el ejercicio del Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 425 de 2008; mientras que para los Departamentos de Quindío y Cesar, se aplica este mismo principio, pero a través de dos

entidades prestadoras de servicios de salud, como son el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y el IDREC, respectivamente.

Se resalta el caso del Departamento del Atlántico, en el que a pesar de haberse dado la capacitación relacionada con la estrategia Hábitos de Vida Saludable, no se tienen resultados visibles en cuanto a actividades o insumos que permitieran realizar la evaluación. ***En el departamento de Sucre, entre tanto, no fue posible realizar la evaluación, ya que la convocatoria hecha no dio como resultado la entrevista con la persona encargada y este viaje, en particular fue fallido en el sentido de la evaluación***⁷.

En cuanto a **la categoría Recursos**, se evidencia como, la no contratación de personal destinado tanto al desarrollo de la estrategia de Hábitos de Vida Saludable como de otras actividades en salud visual, es una situación constante en los municipios. Casos excepcionales se presentan en los Departamentos de Cauca y Norte de Santander, en donde los resultados positivos en cuanto a actividades de salud visual, se generan solamente a partir de contratación externa a la Secretaría de Salud. Esto evidencia la percepción que se tiene sobre estas actividades en el marco de las prioridades institucionales de parte de la dirección y de los funcionarios de las Secretarías.

Otro asunto de relevancia tiene que ver con la referencia constante a la escasez de presupuesto destinado para el desarrollo de la estrategia Hábitos de Vida Saludable y a otras acciones tendientes al trabajo en salud visual; todo esto se relaciona con que ***la estrategia Hábitos de Vida Saludable es una taller, el cual se relaciona más con una actividad que está inmersa en una estrategia de educación en salud y no contempló en este punto, los recursos necesarios para la réplica de dicho taller, contando con la gestión futura de las Secretarías de Salud***, pero en la mayoría de los casos estas entidades no se comprometieron a la efectiva réplica de la estrategia.

En lo referente a **la cobertura**, los Departamentos de Cauca, Norte de Santander y Magdalena, son los únicos en que se reportan agentes de cambio que han podido llevar a cabo acciones originadas desde la estrategia Hábitos de Vida Saludable; entre tanto, en el Departamento del Cauca, ante el reto de llegar a comunidades indígenas, los encargados de la divulgación manifestaron la necesidad

⁷ La coordinación logística corrió a cargo del INCI

de recursos que permitan acceder de manera idónea a estos grupos poblacionales, superando las barreras lingüísticas.

En cuanto a la **continuidad en las acciones**, los Departamentos de Cauca y Norte de Santander presentan el trabajo más completo en relación a la implementación y desarrollo de acciones vinculadas tanto a la estrategia Hábitos de Vida Saludable, como a otras actividades en salud visual que han surgido como parte de la dinámica de trabajo, dichas actividades se relaciona con tamizajes de la agudeza visual, elaboración de formatos para remisión a padres de familia, capacitación a los encargados de salud de los municipios, ayudas visuales, asistencia técnica a IPS, réplica del taller a instituciones educativas, comités de Discapacidad y de Política Social.

Un dato diferenciado en un caso aislado, se encuentra en el Departamento del Magdalena, relacionado con que uno de los asistentes al taller desarrollado por el INCI en el 2008, ha desarrollado actividades en salud visual de manera independiente sin vínculo con la Secretaría de Salud; dichas actividades que están más vinculadas a su rol docente y desarrolladas por cuenta propia.

En el Departamento del Quindío, los agentes capacitados y quienes les han sucedido, especialmente en hospitales municipales, instituciones educativas y organizaciones sociales, han permitido el desarrollo de actividades en salud visual teniendo como referente la estrategia Hábitos de Vida Saludable, estas actividades, a la fecha de la visita, no habían sido apoyadas por la Secretaría de Salud del Departamento, sino por tales instituciones y por la comunidad.

En cuanto a **los materiales dispuestos por el INCI**, para la ejecución y réplica de la estrategia Hábitos de Vida Saludable, tanto los dos Departamentos con mayor desarrollo de la estrategia, Cauca y Norte de Santander, como el Departamento de Quindío, muestran un uso significativo de los mismos dando importancia tanto al rotafolio, como a los videos y Cartillas. Es de resaltar cómo en el Departamento del Quindío, se hace manifiesta la necesidad de contar con mayor cantidad de ejemplares y ante esta necesidad que el INCI no ha podido responder a plenitud, se han diseñado materiales en formato digital, como en el caso del Municipio de Quimbaya, donde se elaboró una presentación en Power Point, la cual contienen toda la información relacionada en el rotafolio, lo cual ofrece una posibilidad de réplica de dicho material a un costo muy bajo y de fácil difusión.

Es importante resaltar como la estrategia Hábitos de Vida Saludable, no determinó el mecanismo que permitiera hacer el seguimiento al uso de los materiales dados a los agentes de cambio; esto, unido con la permanente rotación de personal y la dificultad generada desde las Secretarías de Salud con la convocatoria previa al taller, ocasionaron pérdidas significativas de material puesto en manos de personas que al poco tiempo ya no estaban trabajando para esta entidad, o, como en el caso del Departamento del Magdalena, el material no ha sido utilizado y no se conoce su forma de uso.

En cuanto a **los efectos de las actividades desarrolladas** en los Departamentos se puede resaltar la experiencia de Cauca, siendo prácticamente el único en donde se reportan cambios significativos en hábitos vinculados a la salud visual tanto de los agentes de cambio como de las personas capacitadas y la comunidad en general. Esto se logró con la programación y ejecución de dos visitas a cada uno de los ocho Municipios a los que llegó la estrategia y la respectiva evaluación de las actividades lideradas desde la Secretaría de Salud.

En Norte de Santander, se resalta la cobertura del trabajo realizado por una Optómetra y su equipo de trabajo en 19 municipios de 40 programados a la fecha de la evaluación y con la perspectiva de total cobertura.

Por otra parte en el los Departamentos de Quindío y Cesar, se reporta el desarrollo de actividades en salud visual, pero la Secretaría de Salud no cuenta con dicha información. Por su parte los Departamentos de Atlántico y Magdalena no ha desarrollado actividades o acciones en salud visual verificables.

Como elemento conclusivo, podemos resaltar el papel determinante de la estrategia Hábitos de Vida Saludable, liderada por el INCI, en el origen de las actividades en salud visual desarrolladas en los Departamentos, podría decirse que la importancia del desarrollo de actividades en salud visual en los Departamentos es gracias a la iniciativa del INCI, siendo este un organismo reconocido en cada uno de los lugares en los que se desarrolló el trabajo de campo.

Las Secretarías de Salud son un actor importante para el Desarrollo e implementación de actividades en salud visual, desafortunadamente no se cuenta con los recursos humanos ni presupuestales necesarios para su ejecución.

El impacto de las actividades en salud visual, desarrolladas en los Departamentos, se relaciona directamente con el cambio de hábitos en salud visual, la generación de acciones de prevención, la educación en salud y la participación de las comunidades.

El panorama de las actividades en salud visual originadas desde la Secretarías de Salud Departamentales parece ser desalentador, son pocos los Departamentos que han invertido recursos para la implementación de actividades enfocada al cuidado de la salud visual, el INCI, debe propiciar en cada una de las regiones un mecanismo de comunicación con las instancias gubernamentales de tal forma que se conforme una red de trabajo en pro de la salud visual.

4. CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES (A PARTIR DE LOS FACTORES Y EN RELACIÓN DIRECTA CON LAS CATEGORÍAS CONCEPTUALES)

La construcción de indicadores, permite la consolidación de un insumo con el cual se realicen evaluaciones de las estrategias desarrolladas en cada Departamento, para su consolidación se tomaron elementos condensados en los instrumentos implementados durante el trabajo de campo y que permiten la consolidación y análisis de la información. Estos indicadores responden a tres aspectos fundamentales: 1) Formulación, Insumos y Gestión, 2) Efectos inmediatos y a corto plazo y 3) Efectos a mediano y largo plazo.

A continuación se presentan los indicadores propuestos para cada una de las categorías analizadas:

1. Indicadores Relacionados con la Formulación, Insumos y Gestión

Origen de la Estrategia

Indicadores Propuestos:

de Departamentos con estrategia originada a partir de Voluntad Política/Total de Departamentos en donde se originó la estrategia

de Departamentos con estrategia originada a partir de Apoyo Comunitario/Total de Departamentos en donde se originó la estrategia

de Departamentos con estrategia originada por apoyo institucional /Total de Departamentos en donde se originó la estrategia

de Departamentos con estrategia originada a partir del Perfil de Salud/Total de Departamentos en donde se originó la estrategia

de Departamentos con estrategia originada a partir de Necesidades de la Población/Total de Departamentos en donde se originó la estrategia

de Departamentos con estrategia originada a partir de directriz del INCI/Total de Departamentos en donde se originó la estrategia

de Departamentos con origen de la estrategia desconocido/Total de Departamentos en donde se originó la estrategia

Recursos Humanos

Indicadores Propuestos:

de Departamentos con Recurso Humano contratado para el desarrollo de la estrategia/Total de Departamentos en donde se implementó la estrategia

de Departamentos con Asignación de Tiempo de RH -SS para el desarrollo de la estrategia/Total de Departamentos en donde se implementó la estrategia

Recursos Financieros

Indicadores Propuestos:

de Departamentos que asignaron presupuesto para implementar la estrategia/# total de Departamentos que implementaron la estrategia

de Departamentos que ejecutaron presupuesto para implementar la estrategia/# total de Departamentos que implementaron la estrategia

Oportunidad

Indicadores Propuestos:

de meses requeridos para la implantación de la estrategia/# de meses planeados para la implantación de la estrategia * Departamento

Eficiencia

Indicadores Propuestos:

Productos obtenidos/Productos esperados

de actividades ejecutadas/# de actividades planeadas

Costo de las actividades ejecutadas/Costo de las actividades planeadas

Eficacia

Indicadores Propuestos:

de objetivos alcanzados/# de objetivos previstos

2. Indicadores relacionados con Efectos inmediatos y a corto plazo

Cobertura

Indicadores Propuestos:

de Agentes de cambio, por Departamento, que accedieron a la estrategia/# total de agentes de cambio esperados, por Departamento, con acceso a la estrategia

de Municipios, por Departamento, en los que se desarrolló la estrategia/# total de Municipios, por Departamento, en los que se esperaba el desarrollo de la estrategia

Continuidad

Indicadores Propuestos:

de replicas de la estrategia realizadas por agentes de cambio en cada Departamento/# total de replicas de la estrategia, a cargo de agentes de cambio, programadas por Departamento

total de acciones replicadas a partir de la estrategia orientada por el INCI/# total de acciones dispuestas para replicar desde la estrategia orientada por el INCI

Actividades

Indicadores Propuestos:

de actividades realizadas para el desarrollo de la estrategia/# total de actividades planeadas desde el INCI para el desarrollo de la estrategia

de actividades realizadas para el desarrollo de la estrategia/# total de actividades planeadas desde los agentes de cambio (SS) para el desarrollo de la estrategia

de actividades orientadas por el uso del rotafolio/# de actividades en las que se programó el uso del rotafolio

de actividades orientadas por el uso del video/# de actividades en las que se programó el uso del video

de actividades orientadas por el uso de la cartilla/# de actividades en las que se programó el uso de la cartilla

de actividades orientadas por el uso de afiche/# de actividades en las que se programó el uso de afiche

3. Indicadores relacionados con Efectos a mediano y largo plazo.

Conocimiento

Indicadores Propuestos:

Total de agentes de cambio, por Departamento, que refirieron aumentar su conocimiento práctico sobre salud visual, a partir de la implantación de la estrategia/Total de agentes de cambio, por Departamento, que tuvieron acceso a la estrategia

Total de agentes de cambio, por Departamento, que refirieron aumentar su conocimiento teórico sobre salud visual, a partir de la implantación de la estrategia/Total de agentes de cambio, por Departamento, que tuvieron acceso a la estrategia

Cadena de Resultados

Indicadores Propuestos:

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a crear conductas relacionadas con el cuidado de la salud visual /Total de acciones esperadas en promoción como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a reforzar estilos de vida saludables en salud visual /Total de acciones esperadas en promoción como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a modificar o suprimir conductas que afectan la salud visual /Total de acciones esperadas en promoción como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a informar sobre riesgos, factores protectores, alteraciones, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud visual/Total de acciones esperadas en promoción como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a disminuir factores de riesgo /Total de acciones esperadas en prevención primaria como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a reducir la probabilidad de ocurrencia de

alteraciones visuales/Total de acciones esperadas en prevención primaria como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a la vigilancia temprana de alteraciones visuales/Total de acciones esperadas en prevención secundaria como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a reducir la duración de alteraciones visuales/Total de acciones esperadas en prevención secundaria como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a reducir la duración de alteraciones visuales/Total de acciones esperadas en prevención secundaria como producto de la implementación de la estrategia

de acciones, que surgieron a partir de la implementación de la estrategia, orientadas a rehabilitar alteraciones visuales/Total de acciones esperadas en prevención terciaria como producto de la implementación de la estrategia

Efectividad

Indicadores Propuestos:

Total de resultados de la estrategia obtenidos /Total de de resultados de la estrategia esperados

Total de objetivos de la estrategia alcanzados durante su implementación/Total de objetivos propuestos en la estrategia

Referencias:

Calderón, G. (2009) El Análisis en los Diseños de Investigación Social con Énfasis en lo Empírico o con Acento en lo Comprensivo [Versión electrónica]. *Revista Electrónica de Psicología Social "poiésis"*, 17, 1-10.

Departamento Nacional de Planeación. Guía para la elaboración de Indicadores [Versión electrónica]. SINERGIA-GAPI

Glosario de proyectos. Extraído de <http://www.gestiopolis.com/canales8/ger/glosario-basico-de-proyectos.htm>. Noviembre de 2009

Glosario de proyectos. Extraído de <http://www.gestiopolis.com/canales8/ger/glosario-basico-de-proyectos.htm>. Noviembre de 2009

Labourdette, S. & Gavilán, M. (1999). Método de Evaluación para Proyectos Sociales [Versión electrónica]. Orientación y Sociedad, 1.

Robayo, J. (2002) Metodología de la Investigación. Módulo para docentes y estudiantes. [Documento sin publicar]

The World Bank-IBRD. (2000) Designing and Building a Results-Based Monitoring and Evaluation System