PROYECTO DE EVALUACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA A DROGODEPENDIENTES (CAMAD), BOGOTÁ D.C. – COLOMBIA

Informe de Evaluación de Procesos

Gestión y Prevención

Octubre, 2015

Contenido

I. INTRODUCCIÓN 3

II. CONSIDERACIONES SOBRE EL PROYECTO DE EVALUACIÓN 4

1. ¿Por qué evaluar? 4
2. ¿Cuáles son los objetivos de la evaluación? 6
3. Metodología de evaluación de procesos 7

III. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA 9

1. Descripción General del Programa 9
2. Consideraciones acerca del contexto político de CAMAD 12

IV. EVALUACIÓN DE PROCESOS DEL PROGRAMA 15

1. Implementación del programa 15
2. Ajustes o modificaciones del programa 22
3. Factores que afectan la implementación 24
4. Procedimientos y actividades de monitoreo que establece la Unidad Responsable 31

V. REVISIÓN DE INDICADORES DE PROCESOS PROPUESTOS 36

1. Indicadores de cobertura 37
2. Indicador de actividades de prevención del consumo de drogas 40
3. Indicador de canalizaciones efectivas 41
4. Indicador sobre aplicación de pruebas de tamizaje de VIH 43
5. Indicador sobre aplicación de pruebas de tamizaje de tuberculosis 44
6. Indicadores de oportunidad de entrega y calidad base de datos 45
7. Indicador de oportunidad de entrega de informes de gestión 47

VI. CONCLUSIONES 48

I. INTRODUCCIÓN

El proyecto de evaluación del programa "Centros de Atención Móvil a Drogodependientes" (CAMAD) en sus modalidades Móvil y Cárcel, impulsado por el Banco Interamericano del Desarrollo (BID) busca a grandes rasgos, efectuar una evaluación formativa de este programa. La finalidad de esta evaluación es apoyar las etapas de formulación e implementación de CAMAD, en pos de su monitoreo y mejora continua. Así, este proyecto busca efectuar una evaluación procesos, productos y resultados de CAMAD. La tabla 1 resume los objetivos de las tres etapas del presente proyecto de evaluación.

El presente informe busca exponer los resultados correspondientes a la segunda etapa de este proyecto de evaluación, que gira principalmente en torno al análisis del funcionamiento del programa, con el fin de difundirlo entre todos los involucrados, pues se espera continuar con un proceso de evaluación participativo. En las próximas páginas, se exponen en primer lugar las consideraciones fundamentales respecto al proyecto de evaluación (Apartado II), dentro de las cuales se señala su sustento teórico, objetivos, así como la metodología utilizada para el análisis de procesos. Luego, en el tercer apartado se presenta la descripción general de CAMAD y algunas consideraciones acerca del contexto político de CAMAD que permiten comprender de mejor forma la implementación del programa. En el apartado IV, se expone la evaluación de procesos del programa en torno a cuatro ejes principales: i) la descripción de su implementación; ii) la identificación de ajustes o modificaciones que realiza cada CAMAD al diseño del programa; iii) se abordan factores internos y externos al programa que afectan la ejecución; iv) y en último lugar, se documenta el sistema de monitoreo y registro de información vigente del programa. A continuación, en el apartado V se discuten los indicadores de procesos vigentes, exponiendo la forma en que podrían mejorarse. Finalmente, en el último apartado (VI), se resaltan las conclusiones en torno a la evaluación de la implementación del programa.

Tabla 1. Resumen de las etapas del proyecto de evaluación de procesos de CAMAD Móvil y Cárcel

Etapa	Objetivos
I	✓ Reactivar red de contactos. ✓ Definición común de procesos, productos y resultados a evaluar. ✓ Primera aproximación cualitativa.
II	✓ Análisis y (re)construcción del diseño del programa ✓ Levantar información acerca del funcionamiento del programa, sus dificultadores y facilitadores en la entrega de los productos (Evaluación de Procesos). ✓ Evaluar la entrega de productos a través de la construcción de indicadores (Evaluación de Productos). ✓ Recolectar datos acerca del resultado de las intervenciones de CAMAD Móvil y CAMAD Cárcel (Evaluación de Resultados).
III	✓ Análisis de actores involucrados en el programa. ✓ Descripción y diagrama de procesos dentro del programa. ✓ Identificar obstaculizadores y facilitadores en los procesos y actividades de los programas. ✓ Generar sugerencias para la mejora del programa. ✓ Caracterización de beneficiarios y productos entregados. ✓ Establecer el nivel de logro en la entrega de productos. ✓ Determinar cuáles son los resultados del programa en términos de reducción de consumo de SPA con información ex ante y ex post.

II. CONSIDERACIONES SOBRE EL PROYECTO DE EVALUACIÓN

1. ¿Por qué evaluar?

Este apartado busca exponer los principales argumentos teóricos en los que se basa la evaluación de proyectos, enfatizando en qué consiste, cuáles son sus beneficios, aspectos de interés y objetivos.

La evaluación de proyectos es una práctica que se ha desarrollado y progresado en el último siglo, convirtiéndose en nuestros días en una actividad multidimensional que se concentra en la investigación sistemática de distintos aspectos de un proyecto, como su diseño, implementación e impacto. Las evaluaciones lejos de ser el resultado unilateral de la mirada de un equipo evaluador, actualmente se conciben como un proceso participativo en el que se recoge la perspectiva de los diversos actores (encargados, ejecutores, usuarios) involucrados en el proyecto de interés. Esto último es relevante ya que la finalidad última de la evaluación es que sea una herramienta para el aprendizaje organizacional y la mejora del desempeño de proyectos, que se logra sólo en la medida que sus conclusiones sean contempladas en las decisiones de gestión del proyecto (BID, 1997).

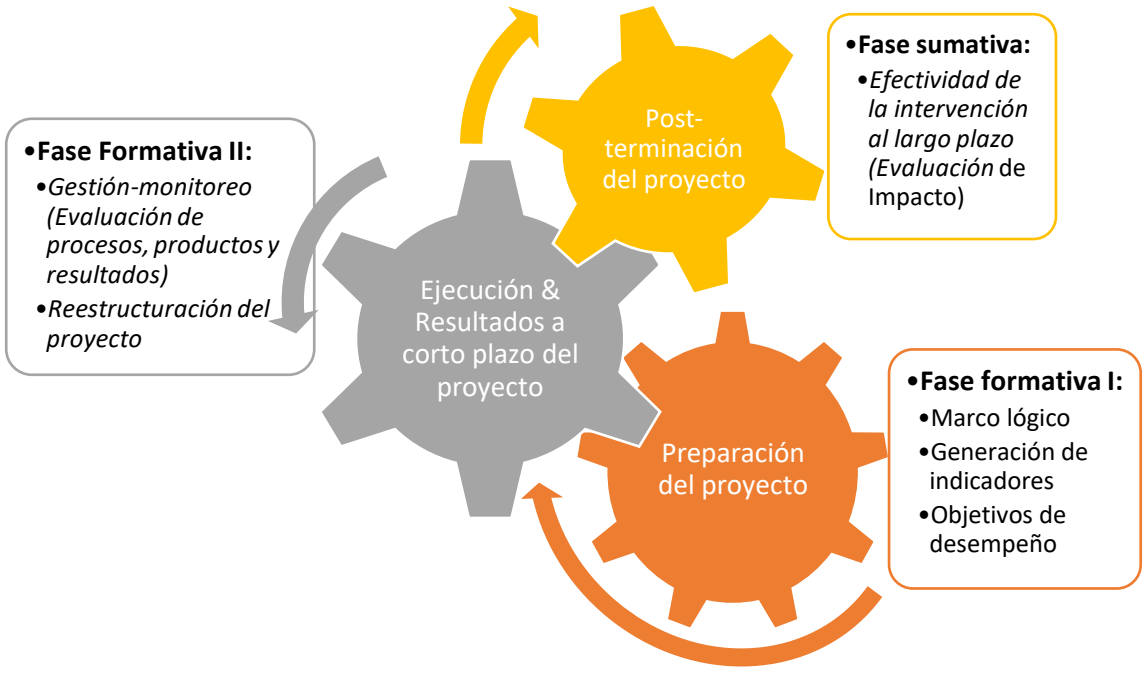
Dentro de los aspectos más relevantes en una evaluación, destaca la consideración del ciclo de los proyectos (Ver Figura 1), ya que según la madurez de éstos, existen distintas funciones de la evaluación: por un lado, la "evaluación formativa" apoya las etapas de preparación y ejecución de un proyecto, buscando su mejora continua; mientras que la "evaluación sumativa" se realiza una vez concluido el proyecto, para estudiar su "impacto", que tiene que ver con los efectos de la intervención en el largo plazo y que pueden ser resultado directo o indirecto del proyecto (BID, 1997). Debido a que el programa CAMAD aún está en su etapa de desarrollo, nos concentraremos en la *evaluación formativa*.

En la evaluación formativa de un proyecto, se tiene interés en los procesos, productos y resultados de su intervención, que da paso a distintos tipos de evaluación. De esta manera, el primer paso es la *evaluación de procesos* que busca mirar dentro de la "caja negra" que constituye el funcionamiento del programa y esto resulta fundamental, ya que permite evaluar cómo su ejecución afecta los resultados y propósito del proyecto. Con este foco, en esta etapa de la evaluación se describe la planificación del proyecto (a nivel teórico) y se contrasta con su ejecución (nivel práctico), se analiza la fidelidad a la planificación y homogeneidad con que es implementado por los distintos ejecutores, así como se considera el contexto, para poder determinar dificultades y obstáculos en el funcionamiento del programa (Hulscher, Laurant, & Grol, 2003; Saunders, Evans, & Joshi, 2005). Luego, la *evaluación de productos* busca determinar en qué medida el programa entregó los *servicios o bienes* (en adelante "productos") planificados y si éstos son adecuados (de calidad suficiente) para cubrir los objetivos del programa. Lo importante de este análisis es identificar cuáles son los productos que generó el programa y si éstos son pertinentes a los objetivos y metas planeadas inicialmente. Finalmente, la *evaluación de resultados* tiene por objetivo determinar si la intervención realizada provocó cambios en el corto plazo en los beneficiarios gracias a los productos de la intervención, de manera que corresponde a los resultados directos del proyecto. Como puede

apreciarse, los distintos tipos de evaluación están entrelazados (de ahí que la Figura 1 se represente como un engranaje), pero su distinción permite ir ilustrando los distintos aspectos del programa que son de interés en una evaluación.

Un punto que no se debe pasar por alto es que la construcción de indicadores pertinentes es transversal a los distintos tipos de evaluaciones, ya que estos instrumentos permiten hacer del proyecto una iniciativa "evaluable", y por lo tanto, posibilita el monitoreo continuo durante su desempeño. En este sentido, es necesario enfatizar en que la evaluación debe entenderse como un proceso dinámico, y no una instancia aislada dentro del ciclo de vida de un proyecto. Más aún, en la literatura se recomienda que en la gestión de un proyecto se contemple el establecimiento de una frecuencia oportuna de aplicación de indicadores, de acuerdo a cada uno de los niveles de complejidad: desde la cotidianidad de las actividades para la consecución de los objetivos, que exigen un monitoreo más reiterado, hasta la evaluación del fin del proyecto que exige un periodo de tiempo amplio de medición.

Figura 1. Ciclo de un proyecto



Dentro de las herramientas formales que se han desarrollado para una evaluación formativa, la más importante es la Metodología del Marco Lógico (MML), que tiene su origen en la década de 1960 como resultado del perfeccionamiento de técnicas de administración, y hoy es utilizada ampliamente por distintos organismos del sector público y privado, por ONG y otras instituciones internacionales. Su difusión se debe en gran medida a que permite presentar de forma resumida y estructurada la información esencial de cualquier iniciativa, permitiendo mostrar con facilidad la lógica de la intervención y además, permite evaluar la coherencia de su diseño (entre otros aspectos). No obstante, esta herramienta debe entenderse como una base para la planificación, seguimiento y control de la implementación de proyectos, pero no es suficiente por sí misma. Es por eso que de

forma complementaria, se recomienda por ejemplo la metodología de "Análisis de involucrados" que busca identificar las distintas organizaciones, grupos y personas que participan de forma directa o indirectamente influyen en, o se benefician, del desempeño del proyecto (ILPES, 2004).

No cabe duda que estas herramientas deben ser apoyadas por una metodología cuantitativa que permita recoger los indicadores de calidad y eficacia de los productos del proyecto, así como por una metodología cualitativa que recoja en profundidad la mirada de los actores involucrados, y los haga parte de la reflexión acerca de las distintas fases del ciclo del proyecto.

2. ¿Cuáles son los objetivos de la evaluación?

Como hemos adelantado, existen distintos tipos de evaluación que difieren en cuanto a su alcance y propósito. Dado el avance del programa CAMAD, las evaluaciones de procesos, productos y resultados es el enfoque adecuado. A través de estas evaluaciones se busca alcanzar los siguientes objetivos, válidos para ambas modalidades de CAMAD.

Objetivo general: Evaluar el programa CAMAD en cuanto a su formulación, implementación y resultados(al corto plazo) en la reducción de consumo de drogas entre sus participantes.

Objetivos específicos:

1. Evaluar la formulación del programa CAMAD Móvil (a partir de sus 3 centros de mayor trayectoria[1]) y Cárcel mediante la Metodología de Marco Lógico.
2. Describir cómo se planifica e implementa el programa (CAMAD Móvil y Cárcel) y cuáles son las dificultades en su ejecución.
3. Determinar si el programa (en ambas modalidades) entregó los productos pertinentes para el cumplimiento de los objetivos.
4. Evaluar si la intervención del programa CAMAD Móvil y Cárcel en el corto plazo mitigó el daño del consumo problemático y adicción a sustancias psicoactivas entre los participantes del programa.
5. Hacer propuestas que permitan fortalecer o re-direccionar la labor de CAMAD Móvil y Cárcel de acuerdo con los resultados obtenidos

Se debe tener en cuenta que lo expuesto en este informe responde al segundo objetivo específico de evaluación.

[1] Como se mencionó anteriormente, éstos corresponden a CAMAD Centro Oriente, CAMAD Sur y CAMAD Rafael Uribe Uribe.

3. Metodología de evaluación de procesos

La evaluación de procesos expuesta en este informe se fundamenta en distintas fuentes de información. En primer lugar, gracias a la aproximación cualitativa que contempla el presente proyecto de evaluación, se recogieron los puntos de vista de los equipos ejecutores del programa, sus coordinadores, referentes técnicos y coordinador distrital de la Secretaría Distrital de Salud. Igualmente, se recogió la mirada de representantes de organizaciones e instituciones coordinadas con CAMAD. Los instrumentos aplicados en cada caso, sus objetivos principales y los actores participantes, se detallan en la Tabla 2. En segundo lugar, se realizó una revisión de documentos, referentes a los informes mensuales y de fines de vigencia más recientes disponibles, en los que cada uno de los CAMAD estudiados (Bronx, Sur, Rafael Uribe Uribe y Cárcel), todos con más de un año de funcionamiento hasta la fecha, describen su experiencia respecto a la implementación del programa; así mismo, se revisó en detalle los documentos brindados por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), respecto a los indicadores de gestión del programa. Por último, las visitas en terreno y la observación directa del quehacer de cada uno de los equipos, permitió complementar la información precedente. Respecto al análisis de la información cualitativa, se debe especificar que se trabajó con matrices de vaciado, para sistematizar las experiencias de acuerdo a los temas de interés que se trataron en las entrevistas en profundidad y grupos focales.

Tal como se ha subrayado en informes anteriores, se debe tener en cuenta que el programa CAMAD cuenta con dos modalidades: CAMAD Móvil, ubicados de forma *itinerante* en distintos puntos del distrito y CAMAD Cárcel Distrital, que opera de forma *permanente* al interior de este recinto penitenciario. Pero estas modalidades no sólo difieren en la estabilidad de su ubicación sino que también en su público objetivo, en la frecuencia de contacto con los beneficiarios, y en general, en la organización del equipo de trabajo y estrategia de intervención, por lo que a lo largo del estudio se analiza la implementación de este programa diferenciando ambas modalidades.

Finalmente, se debe tener en cuenta que a lo largo del presente documento se presentan citas textuales, basadas en los discursos de los actores, para ejemplificar y enriquecer con su mirada el análisis propuesto, pero éstas procuran resguardar la identidad de quien las emite, por lo que se decidió omitir nombres, cargos, lugar y todo tipo de identificación, ya que solamente son cuatro los equipos estudiados. La única excepción son citas en las que vale la pena destacar la diferencia entre un CAMAD y otro, para soportar el análisis y mostrar las divergencias en la ejecución entre cada unidad móvil.

Tabla 2. Instrumentos cualitativos aplicados según actor y objetivo principal

Tipo de instrumento	Participante(s)	Objetivo principal
Grupo(s) focal(es)[2]	Equipos ejecutores de CAMAD Bronx, Kennedy, Rafael Uribe Uribe y Cárcel.	Comprender la implementación del programa, sus facilitadores y obstaculizadores.
Entrevista(s) en profundidad	Coordinadores de los equipos CAMAD (en terreno): Javier Cortés; Yurani Carretero; Claudia Osorio; Pilar Caro.	Comprender la implementación del programa, sus facilitadores y obstaculizadores.
Grupo focal	Referentes técnicos del programa CAMAD	Comprender las funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la Unidad Responsable
Entrevista en profundidad	Coordinador distrital de CAMAD, Dr. Mauricio Molina	Comprender las funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la Unidad Responsable; así como la planificación y desarrollo del programa.
Entrevista	Equipo de epidemiólogos de la Secretaría Distrital de Salud	Comprender el tratamiento y supervisión de la base de datos de CAMAD.
Entrevista	Representantes de la Secretaría de Integración Social	Comprender la articulación inter-institucional del programa CAMAD.
Entrevista	Representantes de IDIPRON	Comprender la articulación inter-institucional del programa CAMAD.
Entrevista	Subsercretario de Salud Pública, Dr. Jaime Hernán Urrego Rodríguez	Comprender el contexto político e institucional del programa CAMAD.
Entrevista	Secretario Distrital de Salud, Dr. Mauricio Bustamante.	Comprender el contexto político e institucional del programa CAMAD.
Entrevista	Representante de la alcaldía, Dr. Camilo Kuan	Comprender el contexto político e institucional del programa CAMAD.
Entrevista	Director del Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEASCS), Rubén Darío Ramírez Arbeláez	Comprender el contexto político e institucional del programa CAMAD.

[2] A cada equipo se le aplicó el mismo instrumento, pero en instancias independientes. El espacio para la realización de los grupos focales con los equipos fue brindado por el Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEASCS).

III. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

1. Descripción General del Programa

Durante septiembre de 2012 nace en Bogotá D. C.[3] la iniciativa *Centros de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD)*, para incorporar a los ciudadanos en condición de vulnerabilidad y marginalidad asociados al abuso de drogas, a los sistemas de entrega de atención de salud a partir de un enfoque de derechos humanos, de disminución del riesgo y mitigación de daños. Actualmente, CAMAD *"se considera una estrategia cuyas acciones están orientadas desde los principios de Atención Primaria en Salud, la cual ha sido retomada por la Organización Mundial de la Salud desde el año 2000, para garantizar acceso a los servicios de salud «universal y equitativamente, así como asistencia para el tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias y la intervención temprana para toda la población, constituyéndose en una acción progresiva para eliminar el modelo del pasado centrado en el hospital residencial»"*. A la fecha, los CAMAD con mayor trayectoria corresponden a los ubicados en las localidades en torno al Bronx, Kennedy, Rafael Uribe Uribe y Cárcel Distrital, y son los centros en los que se enfocará la presente evaluación.

El programa se ha implementado en dos modalidades. En primer lugar, el programa se despliega a través de su modalidad "CAMAD Móvil", que opera a través de un vehículo móvil que brinda Atención Primaria en Salud abarcando las áreas de medicina general, psicología, odontología y trabajo social gracias a la labor de un equipo profesional interdisciplinario. Las zonas intervenidas por los distintos CAMAD móviles tienen en común que han sido identificadas como sectores dentro de la ciudad en los que se concentra población que afronta una gran precariedad socioeconómica y se encuentra desvinculada de toda institucionalidad. De esta forma, la zona del Bronx se ubica en el centro de la ciudad, abarcando las localidades de los Mártires, Santafé y la Candelaria; mientras que la localidad de Kennedy contempla al área circundante a la central del mercado Corabastos, a los sectores El Amparo, Cartuchito y María Paz. Así mismo, las localidades de Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño comprende los canales del Fucha y Valpiana en los que se refugian y habitan informalmente numerosas personas habitantes de calle. En efecto, la población objetivo de CAMAD Móvil se define como las personas con abuso de sustancias psicoactivas en situación de vulnerabilidad y marginalidad, las que generalmente (aunque no siempre) se identifica con habitantes de calle. Y debido a que ésta es una población esencialmente itinerante, se justifica la utilización de un vehículo móvil como soporte de atención.

Pero a poco andar, el programa CAMAD inicia durante 2013 la instalación de un módulo en la Cárcel Distrital de Bogotá. Esta modalidad, "CAMAD Cárcel Distrital", busca intervenir en variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas entre la población privada de libertad (PPL). Esta línea de intervención opera al interior de la cárcel brindando también una Atención

[3] Bogotá está constituida por cerca de ocho millones de habitantes, y es una ciudad dividida en 20 localidades que buscan hacer más fácil su administración.

Primaria en Aalud que abarca las áreas de psicología, odontología, trabajo social e incorpora además las de psiquiatría, terapia ocupacional, arte y educación física mediante el trabajo de un amplio equipo profesional interdisciplinario. Cabe destacar que un gran avance en esta modalidad es que desde hace un año, la dirección de la Cárcel Distrital, valorando el gran aporte de CAMAD entre los PPL, decidió otorgarle un pabellón (denominado "Autonomía") para que se concentraran en él los participantes del programa. Este nuevo espacio en el que se desempeña el programa le permite desempeñar de mejor forma sus funciones.

Entre los componentes de la estrategia que son comunes a los distintos CAMAD, resaltan los siguientes:

i) Acogida y caracterización de los beneficiarios: Comprende la actualización de la identificación de zonas comunes y estratégicas (para el caso de la modalidad Móvil) y la actualización de la caracterización de los PPL para el caso de CAMAD Cárcel; Adicionalmente, los centros móviles realizan la búsqueda activa, identificación y convocatoria para incentivar a la población en condición de vulnerabilidad y marginalidad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas a participar del programa;

ii) Promoción en salud: Orientado a generar espacios de sensibilización a través de actividades informativas, educativas y de promoción en salud a las personas en condición de vulnerabilidad y marginalidad , o bien, a las PPL (en el caso de CAMAD Cárcel);

iii) Prevención de consumo de drogas: A grandes rasgos, está dirigido a acciones preventivas y asistenciales de identificación temprana de riesgos y evaluación diagnóstica inicial bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, y al mismo tiempo, se brinda orientación psicosocial mediante estrategias no convencionales de atención, que facilitan el desarrollo de autocontrol, autoestima, mitigación de riesgo y reducción de daño;

iv) Gestión intersectorial: Comprende la canalización a servicios sociales, para disminuir barreras de acceso a la atención en salud a los usuarios de CAMAD (Móvil y Cárcel), contemplando el seguimiento de éstos durante su proceso, para velar por la efectividad de la derivación.

v) Fortalecimiento institucional: Este último componente busca fortalecer las competencias del talento humano en Guías de Práctica Clínica de salud mental y en la estandarización de procesos y procedimientos de los CAMAD.

Pero se debe adelantar que existen divergencias respecto a los componentes entre los distintos lineamientos de los centros, que serán tratadas más adelante, en el punto 4 del presente apartado.

Esta estrategia es ejecutada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), el Hospital Centro Oriente, Hospital del Sur y el Hospital Rafael Uribe Uribe. Así mismo, administrativamente depende de la SDS, que es la entidad encargada de la supervisión del proyecto, mientras que su financiamiento se otorga desde el Fondo Financiero Distrital de Salud, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que involucra al conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y el control de riesgos y los daños en salud de alta externalidad.

Debido a que una de las preocupaciones centrales de CAMAD es promover y garantizar la canalización hacia distintos servicios sociales, a través del trabajo de *gestión intersectorial* por parte del equipo CAMAD, se ha logrado la coordinación con diversas instituciones entre las que se pueden mencionar la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), el Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON), la Secretaría Distrital de Gobierno y el Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEACSC). De manera que las principales rutas de derivación se dirigen hacia los servicios hospitalarios de las áreas donde opera CAMAD móvil y hacia los hogares de paso, que constituyen recintos de acogida diurnas para las personas habitantes de calle y constituyen el soporte para para derivaciones más complejas hacia programas de desintoxicación y centros de tratamiento (SDIS e IDIPRON, con los que se tiene coordinación, los CAD de la red hospitalaria y otros de la red privada de atención –IPS) a cargo de las instituciones especializadas.. Por lo tanto, CAMAD móvil constituye el primer eslabón en el esfuerzo por vincular institucionalmente y ofrecer alternativas de reducción de daño y reinserción a esta población.

Además, dentro del contexto institucional en el que se inserta el programa destaca la implementación del "Modelo Humano de Atención en Salud" como parte de la administración distrital de "Bogotá Humana" impulsada por el Alcalde Mayor Gustavo Petro, que surge como respuesta a los obstáculos planteados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que desde su creación, en 1993, ha demostrado limitaciones en garantizar el derecho a la salud. Esto porque si bien con el SGSSS se intentó incorporar de forma competitiva a aseguradores privados[4] en la prestación de servicios de salud para romper con el monopolio estatal sobre esta área, se evidenció tempranamente un debilitamiento de la red pública de salud que va en desmedro de los ciudadanos con menores ingresos. De manera que el modelo humano de atención en salud se propuso operar a través de Redes Integradas de Servicios de Salud que contempla, entre otras cosas, el fortalecimiento de los hospitales públicos de Bogotá y la conformación de redes con clínicas privadas, para de esta manera luchar contra las barreras de acceso y discriminación y así, brindar atención integral e integrada de servicios sanitarios de forma universal a la población bogotana.

[4] Los aseguradores, denominados "Entidades Promotoras de Salud" (EPS), compiten por la afiliación y administración del aseguramiento de la población y también son responsables por el recaudo de las contribuciones financieras de los usuarios. Los prestadores de servicios, o "Instituciones Prestadoras de Servicios" (IPS), compiten por la venta de servicios de salud. El SGSSS se separó en dos regímenes, el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS), con poblaciones objeto y fuentes de financiación diferentes. Por un lado, el RC se dirige a la población con capacidad económica de pago, por lo que sus usuarios contribuyen con una prima que cubre un plan de beneficios explícitos, el Plan Obligatorio de Salud (POS). Por otro lado, el RS se orienta a quienes no tienen capacidad económica de pago y se financia por una combinación de impuestos y subsidios cruzados del RC. Originalmente, el plan de beneficios para el RS tenía una cartera de servicios más restringida, pero recién el 1º de julio de 2012 se hizo equivalente a los beneficios del POS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

2. Consideraciones acerca del contexto político de CAMAD

Para comprender el programa CAMAD no se puede pasar por alto el escenario político en el que se inserta. La primera consideración a tener en cuenta es cómo se entretejen la historia reciente del Estado y el narcotráfico en Colombia. Y es que en la década de 1980 y 1990 el auge del narcotráfico logró erosionar de forma tal las instituciones políticas del país (como el aparato de justicia, sistema carcelario, Policía Nacional, e incluso las Fuerzas Militares), que se habla de un colapso parcial del Estado en este periodo (PNUD, 2003). La *hiperviolencia* que caracterizó este proceso, llevó a que en los principios de la década del noventa las cifras de homicidios intencionales alcanzaran niveles inauditos y a su vez, los alarmantes niveles de impunidad asociados a éstos, dieron pie para que varios grupos armados de carácter político o criminal ejercieran una violencia brutal, desafiando decisivamente la autoridad de un Estado, que carecía ya del monopolio de las armas, al punto que su presencia en varias regiones del país era escasa o inexistente. Así, el impacto del narcotráfico consiguió permearse por todo el tejido social, desde el sector agropecuario, los principales clubes sociales y equipos de fútbol, hasta los reinados de belleza (Quintero, 2012). La profundidad de esta crisis provocó que no tan sólo el Gobierno nacional sino también la comunidad internacional (y especialmente Estados Unidos) enfocaran sus esfuerzos al combate del narcotráfico. Pero no fue sino por vía institucional y controvertidas negociaciones, que se empezó a cimentar un ambiente propicio para la paz en el territorio nacional y el fortalecimiento del Estado, propulsado en 1991, por una nueva Constitución Política. Aunque son muchos más los hitos implicados en este complejo panorama, lo anterior muestra el profundo significado político que alcanza el problema de las drogas en la sociedad colombiana.

Para avanzar hacia la paz y la gobernabilidad dentro del país, una de las estrategias utilizadas ha sido la descentralización del poder político, dando un papel más protagónico a lo local, lo que se ha traducido, entre otras cosas, en que diversos departamentos y ciudades intermedias del país tengan en la práctica la capacidad de reformar las políticas de drogas. Así por ejemplo, Bucaramanga puso énfasis en el trabajo con habitantes de calle, Medellín destacó por los centros de atención a usuarios, mientras que Pereira y Risaralda desplegaron un sistema público de administración de metadona (Quintero, 2012). En lo que respecta al Distrito Capital de Bogotá, un hito importante lo marca el Decreto 691 de 2011 que define la "*Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas de Bogotá, D.C*", que establece las directrices para el abordaje integral, articulado y continuo del fenómeno del consumo así como la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas, siendo su marca distintiva la promoción de acciones de intervención con base en un enfoque de derechos.

Bajo el alero de dicha política, el alcalde de Bogotá, Gustavo Petro, propone en 2012 el proyecto "Centros de Atención Móvil a Drogodependientes"(CAMAD), provocando una inmediata crítica por parte de la oposición a su gobierno, algunos medios de comunicación y ciertos sectores de la ciudadanía (10 de Agosto, 2012, El Espectador), quienes entendieron inicialmente que la iniciativa se trataba del expendio controlado de drogas, de hecho, un diario local tempranamente comenta en un

titular “Distrito usaría droga incautada para tratar a los adictos en el Camad” (24 de septiembre de 2012, El Tiempo). Esto se vio alentado debido a que otra de las propuestas del alcalde efectivamente tenía que ver con la implementación de centros controlados de consumo de drogas en la ciudad, de manera que en uno de los medios se afirmaba “(…) Gustavo Petro, dijo este martes que insistirá en su idea de crear centros de consumo controlado de drogas para los adictos, como se hace en varias ciudades del mundo, como estrategia para reducir el crimen y el micro-tráfico.” (08 de agosto de 2012, Revista La Semana). Más allá de esto, la reacción de disenso deja ver la experiencia del país en el desarrollo reciente de una “guerra contra las drogas”, bajo un enfoque prohibicionista y criminalizador del consumo. Por el contrario, la línea política del actual alcalde mayor, adopta un enfoque de medicalización del consumo de drogas, rescatando un enfoque de derechos y de dignificación de los consumidores, bajo un programa de gobierno que lleva justamente el nombre “Bogotá humana”.

Debido a lo anterior, el desarrollo del programa CAMAD ha debido enfrentar el seguimiento receloso de parte de la ciudadanía, de manera que todo resultado o evaluación acerca del desempeño de CAMAD (como la auditoría al programa por parte de la Contraloría de Bogotá D.C. en 2013) causan un gran revuelo en la opinión pública bogotana, sobre todo porque se sopesa en términos de éxito o fracaso de la gestión de Gustavo Petro. Y en efecto, tras la aproximación cualitativa llevada a cabo por el presente proyecto de evaluación, una de las preocupaciones más frecuentes del equipo de trabajo y coordinadores de CAMAD es la continuidad de este programa, luego de que su periodo de gobierno finalice a inicios de 2016.

De manera que son múltiples las implicancias de que este programa haya surgido como una iniciativa proveniente de una administración política particular. En este sentido, se evidencia que en sus inicios el programa se plantea como una iniciativa que buscaba hacer frente al problema de inseguridad ciudadana, pues en ese momento es el Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEASCS) el que se involucra con el proyecto y lo justifica documentando la relación entre droga y delito. Es en este momento, y quizás justamente debido a la resistencia ciudadana frente a CAMAD, que el CEASCS postula el programa CAMAD en respuesta a la convocatoria realizada por el BID para presentar propuestas para la evaluación de programas de seguridad ciudadana, enmarcado en el Bien Público Regional (BPR) "Sistema regional de evaluación de impacto de políticas de seguridad ciudadana para América Latina". Si bien CAMAD fue seleccionado como una iniciativa a evaluar, tempranamente el equipo evaluador constató que era inviable medir el impacto del programa debido a su falta de estructuración general (no contaba con una línea de base, ni un diseño definido hasta entonces), ya que se encontraba en su fase formativa. En efecto, parte de las reformulaciones del programa consistió en cambiar su enfoque desde la seguridad ciudadana hacia uno de salud primaria. Demás está decir que muy probablemente las reformulaciones y falta de claridad que se advierte en los inicios de esta iniciativa se deben a la urgencia con que se impulsó desde la alcaldía, debido a que CAMAD se convirtió finalmente en una promesa política. De manera que las expectativas y tensiones que rodean al presente proyecto de evaluación son una realidad patente, e incluso los motivos que la sustentan han sido tergiversados incluso por medios oficiales, señalando que el “BID destaca experiencia CAMAD como una de las más exitosas de Latinoamérica”,

en circunstancias en las que la evaluación del programa recién se estaba iniciando. Con todo, y debido a que el presente proyecto de evaluación nace desde un organismo externo a las mencionadas circunstancias políticas, a lo largo de este informe se visibilizarán las tensiones que rodean a CAMAD debido a que han obstaculizado de forma cotidiana el quehacer del programa, pero siempre con una distancia pertinente que permita evidenciar tanto las fortalezas como las falencias del programa, en vista del progreso y avance de esta iniciativa.

IV. EVALUACIÓN DE PROCESOS DEL PROGRAMA

El principal objetivo de este apartado es analizar y contrastar los avances en la implementación de CAMAD en distintos ámbitos y en relación con lo definido en su diseño. En este marco, y de manera esquemática, el capítulo centrará su atención de manera sucesiva en cuatro aspectos claves:

1. Implementación del programa: focalizando el análisis de las actividades que realizan los equipos de trabajo en cada uno de los componentes definidos en el diseño de CAMAD.

2. Ajustes o modificaciones del programa: se enfoca en la fidelidad de la implementación en relación al diseño original, tanto aquellos planificados o perseguidos, como aquellos 'de hecho' o no buscados, enfatizando en las diferencias de ejecución y gestión entre cada unidad móvil estudiada.

3. Factores que afectan la implementación: abordando distintos aspectos y condiciones que interfieren de forma positiva o negativa en la ejecución del programa CAMAD.

4. Sistema de monitoreo y registro de información del programa: caracterizando los dispositivos diseñados y efectivamente implementados.

Todo esto permite por una parte iluminar el quehacer de los equipos, documentar buenas prácticas e identificar nodos problemáticos en la gestión.

1. Implementación del programa

- Componente 1

El primer componente refiere a la *Acogida y Caracterización de los beneficiarios*. En el caso de la modalidad móvil de CAMAD, una de las primeras actividades asociadas al logro de este componente tiene que ver con la identificación de los territorios en donde se establecerá la unidad móvil en cada caso, siendo el principal criterio que éstos concentren a la población objetivo del programa. Esta no es una tarea fácil, debido a la complejidad de las localidades a las que apunta el programa, pues son sectores marginales de la ciudad en los que el narcotráfico se ha asentado. Por esto, el equipo de trabajo luego de acercarse a identificar las zonas con concentraciones de población vulnerable, debe desempeñar una labor estratégica de posicionamiento en la comunidad que resulta indispensable para la viabilidad del programa. Esto implica socializar los alcances de CAMAD, en términos de qué servicios entrega (y cuáles *no* entrega, ya que en un comienzo se tenía la expectativa de que el programa repartía drogas y eso provocó la reacción adversa tanto de la ciudadanía conservadora frente a estas prácticas, como de narcotraficantes que consideraron al programa una amenaza para su negocio). De esta manera, los ejecutores han debido establecer conversaciones con los líderes

comunitarios vinculados al tráfico de drogas, lo que les ha permitido a los equipos de CAMAD no sólo que sea factible su establecimiento en los lugares, sino que también ha sido un mecanismo que les permite ser identificados, reconocidos y respetados por la comunidad, y por lo mismo, esto les posibilita resguardar en alguna medida su seguridad, ya que logran generar un vínculo con la comunidad, que en varias ocasiones ha significado que los adviertan de situaciones de posible conflicto y así, han podido evitar poner en riesgo su integridad física. El logro de este vínculo no depende solo de un trabajo inicial de posicionamiento, sino que es una negociación continua, tal como puede apreciarse en palabras de uno de los miembros de CAMAD "(…) *hemos tenido que pedir permiso para poder instalarnos en el sitio por las horas que ellos determinen. Hay ciertas horas que por su dinámica de trabajo, no les conviene mucho que uno esté ahí, entonces nosotros respetamos su dinámica, ellos son los líderes del territorio y entramos a trabajar con ellos dentro de su dinámica. Eso hace que nosotros tengamos ciertas garantías de seguridad mayores con la comunidad que con la fuerza pública*" (Informante clave, equipo CAMAD, Abril 2015).

Una vez identificados los puntos focales donde los centros móviles se instalan, el siguiente paso es realizar la convocatoria y primer acercamiento a los usuarios del programa, que se hace en todos los casos a través de una "búsqueda activa" de los mismos, consistente en que el gestor(a) comunitario(a) y/o trabajador(a) social del equipo CAMAD[5] hacen un recorrido por los territorios, acercándose a la población, difundiendo los servicios que entrega CAMAD e invitándola a acercarse a la unidad móvil. Un aspecto clave es que los equipos de trabajo han podido desarrollar estrategias para que la difusión del programa sea más efectiva y atractiva según el tipo de población y territorio: así por ejemplo, es cierto que en la mayoría de los casos los ejecutores no promocionan las actividades preventivas y promocionales asociadas al consumo de drogas, sino que enfatizan en los servicios médicos y odontológicos que brindan, ya que en general éstos incentivan de mejor manera el acercamiento al programa, dadas las conocidas barreras que enfrenta esta población para acceder a los servicios básicos de salud. De ahí que uno de los ejecutores del programa comente "*hay que ver primero a quién se le informa, [si es a] una persona que está en la esquina consumiendo basuco, no podemos ir a «atacarlo» de entrada… es acercarse hablar con ellos, como crearles la necesidad de acercarse a CAMAD…como « ¿hace cuánto que Ud. no va al médico? ¡Tanto tiempo!»… Y así, entablar la conversación y hacerlos pasar*" (Informante clave, equipo CAMAD, Abril 2015).

En el caso de CAMAD cárcel, debido a que su trabajo es intra-mural y sus cupos limitados, ya que el pabellón dentro del que funciona tiene una capacidad de 147 personas, las actividades asociadas a la convocatoria de los usuarios son instancias más aisladas. Éstas consisten en la difusión del programa de *forma directa* entre la población privada de libertad perteneciente a los distintos pabellones de la cárcel distrital, como de *forma indirecta*, entre sus familias (durante las instancias de visita), así como también exponiendo el programa a los funcionarios de la cárcel y a los equipos médicos de la cárcel para que éstos recomienden y den a conocer el programa entre la población de interés.

[5] Pudo observarse que en algunos CAMAD esta responsabilidad recaía en todo el equipo de trabajo, aun cuando por lineamientos solo corresponde a la labor de los profesionales mencionados.

En ambas modalidades de CAMAD, una vez que los usuarios se vinculan al programa, los profesionales del área de trabajo social o psicología proceden a identificar las necesidades de los usuarios (si tienen protección de salud, su estado de salud y nivel de consumo, así como los servicios que requieren), los caracterizan para registrarlos como usuarios, y ofrecen los servicios que pueden acceder de forma directa dentro del móvil como de la red de servicios de salud disponibles. En el caso de los usuarios que son identificados con síntomas de intoxicación, sobredosis, síndrome de abstinencia u otra problemática asociada al consumo de sustancias, se canaliza de forma inmediata a la atención médica de la unidad móvil para el manejo y estabilización de sintomatología aguda, donde el médico y/o enfermero(a) determinan su estado de salud según la clasificación de TRIAGE y las tablas para alteraciones neurológicas y psicológicas, que permiten establecer la prioridad del caso y la ruta de atención apropiada. Pero si el anterior no es el caso, se procede con la caracterización de los usuarios, que no sólo involucra la identificación de las características sociodemográficas, sino que se aplican instrumentos de identificación de hábitos de consumo de drogas (Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas (VESPA), en el caso CAMAD móvil; y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, (ASSIST), en el caso de CAMAD cárcel). Adicionalmente, en el caso de CAMAD móvil, el profesional de trabajo social es el encargado de aplicar el instrumento APGAR, para evaluar de forma rápida y sencilla la calidad de los vínculos familiares de los usuarios.

- Componente 2

El segundo componente corresponde a la *Promoción en salud*. En el caso de CAMAD móvil, durante la convocatoria y en cada una de las fases de atención a los usuarios, el equipo promueve hábitos de vida saludable, así como informa y educa en actividades de promoción en salud a través de espacios de sensibilización y conformación de grupos conversacionales dentro de la comunidad en la que se sitúa el móvil, esto permite que se incentive la participación de los usuarios en los subsiguientes componentes del programa. Dentro de este marco, se orienta a los usuarios acerca de la importancia de realizarse un control de su salud general, oral y mental, así como la posibilidad de realizarse pruebas rápidas de VIH y Sífilis dentro de la unidad móvil.

En la práctica, el programa CAMAD no sólo promueve el cuidado de la salud (tal como lo indica el nombre de este componente), sino también realiza una serie de acciones orientadas a *intervenir* en la salud integral de los usuarios en el área de medicina general, salud mental y oral, al mismo tiempo que el programa incentiva y vela por que éstos puedan acceder a otros servicios de la red de salud del distrito. De esta manera, si es que los usuarios lo requieren, el profesional en medicina efectúa una identificación temprana de riesgos, que implica una valoración integral de la salud, un examen físico, el diligenciamiento a otros servicios dentro de CAMAD o bien, se les da la orden de derivación hacia las instituciones de salud pertinentes. Aunque los servicios que se entregan en el área de medicina general del programa varían entre cada centro (tal como se profundiza en el punto 2 de este apartado), también el médico general puede brindar recetas médicas de medicamentos, órdenes para exámenes complementarios y algunos medicamentos. Algo transversal a los distintos móviles, es que de acuerdo al perfil de los usuarios, el profesional de enfermería –con apoyo del médico–identifica a los pacientes con actitudes sexuales de riesgo y les aplica el test de VIH y sífilis, que se complementa con una consejería de salud sexual y reproductiva pre y posterior a las pruebas,

se entregan métodos anticonceptivos (específicamente, condones, según disponibilidad), y en caso de que las pruebas arrojen un resultado positivo, se los canaliza a otros servicios para la realización de métodos confirmatorios de VIH, así como para su atención integral y tratamiento específico. Además, dentro de esta área, los profesionales diagnostican a sintomáticos respiratorios (que se ha identificado como una enfermedad común entre la población objetivo) y se hacen las gestiones para derivarlos a las instituciones pertinentes para su tratamiento.

Luego, en cuanto al área de servicios odontológicos del programa, el odontólogo con el apoyo del higienista oral, realizan una valoración de la salud oral de los usuarios, se los educa respecto a buenas prácticas de salud oral y dependiendo de los recursos disponibles en cada vigencia[6] y del perfil de los usuarios, se entrega un kit de higiene oral (que contiene cepillo de dientes, un protector para éste, crema dental, un vaso, y en algunos casos, ceda dental y enjuague bucal), ya que los profesionales utilizan su criterio para priorizar la entrega de insumos, evaluando si el paciente puede ser susceptible a usar efectivamente los implementos o más bien, venderlos. Entre cada una de las consultas orales, el higienista oral esteriliza los implementos. Además, el profesional de odontología entrega órdenes de medicamentos y de exámenes complementarios de diagnóstico. Nuevamente, respecto a este ámbito de atención, se debe tener en cuenta que la profundidad o alcance del servicio odontológico depende de cada centro, ya que en algunos casos se brinda un servicio más resolutivo que en otros (Ver punto 2 de este apartado).

Respecto a la promoción de la salud mental, el psicólogo del equipo realiza intervenciones breves y garantiza la contención de los usuarios en caso de crisis. Al mismo tiempo, debido a que se ha identificado que los vínculos familiares son claves para el bienestar emocional de las personas, el trabajador social del equipo es el encargado de indagar en las relaciones familiares de los usuarios, sensibilizar acerca de la importancia del contacto y convivencia familiar y hacer un trabajo de movilización de redes sociales de apoyo.

En el caso de CAMAD Cárcel, dado que el equipo no cuenta con un médico general, ni con un odontólogo, son distintas las actividades que apuntan a la promoción y atención en salud. Estas se llevan a cabo diariamente, principalmente a través de la labor de profesionales de artes, enfermería, educador físico, terapeutas ocupacionales y psiquiatría a través de diferentes instancias como campeonatos deportivos y grupos conversacionales, en las que se promueve un estilo de vida saludable y se educa a la población privada de libertad acerca de habilidades para la vida y sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

-Componente 3

Este componente refiere a la *Prevención de consumo de drogas*, aunque tal como se pudo observar en el quehacer de los equipos de trabajo, no se apunta sólo a la prevención, sino también a la

[6] No en todas las vigencias se destinan recursos para esto, de hecho, el equipo CAMAD Sur menciona en uno de los informes mensuales más recientes "(…) *sería de gran ayuda poder brindarle a este tipo de población implementos de higiene oral para que de esta manera se logre efectuar una efectiva intervención hacia su salud.*" (Informe Marzo, 2015, CAMAD Sur, pág.50)

mitigación del daño. Operativamente, las acciones que apuntan al logro de este componente son transversales a las distintas áreas de atención a los usuarios, ya que se intenta sensibilizar, abordar, prevenir y mitigar los daños del consumo desde cada uno de los enfoques profesionales. Así, desde la valoración de medicina se sensibiliza acerca de los riesgos para la salud del consumo de sustancias y se los aborda a partir de un enfoque de mitigación, se incentiva a consumir con menor frecuencia, sustancias menos nocivas, o bien de forma más higiénica(en el caso de usuarios de drogas inyectadas, por ejemplo); mientras que desde el área de odontología, se difunde el impacto del consumo de sustancias para la salud oral, como el desarrollo de enfermedades periodontales, y se los instruye acerca de la necesidad de suspender el consumo de sustancias en caso de intervenciones odontológicas (debido a la mayor tolerancia de los consumidores a anestesias locales), de manera que de esta manera se contribuye a la deshabituación del consumo. En efecto, los usuarios ya están familiarizados con estas condiciones de atención odontológicas promovidas por el programa y ellos mismos se auto-regulan para poder recibir la atención.

Pero sin duda que el profesional que juega un rol protagónico en la labor de prevención y mitigación del daño es el psicólogo, quien interviene –con una metodología lúdica y recreativa– tanto individual como grupalmente para el manejo del riesgo y daño promoviendo el autocuidado, alternativas para modificar los patrones de consumo así como el consumo seguro de sustancias. Tanto este profesional como el trabajador(a) social desempeñan el rol de escuchar activamente las historias de vida de los usuarios, así como de contener y manejarlos en situaciones de crisis y ansiedad, bastantes comunes entre usuarios drogodependientes. En el caso de los CAMAD móviles que cuentan con psicopedagogos, es él con el apoyo de psicólogos y auxiliares de enfermería quienes realizan grupos conversacionales, charlas y jornadas preventivas con jóvenes y también en colegios.

En el caso de CAMAD Cárcel, son múltiples las actividades que apuntan a la prevención y mitigación del consumo de drogas. Desde el área de psicología, se realizan intervenciones psicoeducativas grupales a través de talleres que promueven el autocuidado, autoestima, auto-concepto, autonomía y autocontrol, en los que se promueve el manejo de emociones y resolución de conflictos. Mientras que desde el área de terapia ocupacional, con el apoyo del profesional de artes, también se realizan talleres de fortalecimiento de habilidades y destrezas ocupacionales en instancias individuales y grupales.

- Componente 4

Este componente refiere a la *Gestión Intersectorial*. En los CAMAD móviles, la gestión intersectorial se realiza a diario a través de la canalización hacia los servicios pertinentes, cuya efectividad se garantiza a través del acompañamiento y seguimiento de los usuarios por parte del trabajador(a) social y coordinador de CAMAD. En esta labor, el rol del trabajador(a) social es clave, ya que es el encargado de hacer una valoración inicial para caracterizar la situación de aseguramiento de salud de los beneficiarios, asesorarlos acerca de los servicios de carácter social (albergues, hogares de paso) y acompañar a los usuarios para enfrentar las barreras de acceso a los servicios sociales y de salud.

La principal dificultad en esta materia, es que una gran mayoría de los usuarios (sobre todo los habitantes de calle) no están afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, que según las disposiciones del Sistema General De Seguridad Social En Salud en Colombia, se logra a través de distintos procedimientos[7] orientados a determinar su situación económica, y asegurar que elijan una Entidad Promotora de Salud, para así acceder a un Carnet de Salud, sin el cual no se puede acceder a los servicios de salud. Lo que han podido identificar los equipos ejecutores, es que a la población objetivo del programa se les hace muy difícil seguir los pasos necesarios para la afiliación al sistema, por lo que finalmente, no pueden acceder de forma efectiva a los servicios a los que son canalizados desde el programa. No obstante, en los casos en los que se ha sorteado este obstáculo, el acompañamiento por parte del equipo del programa resulta imprescindible para que los usuarios puedan hacer efectiva la canalización, ya que muchas veces debido a que no pueden o no entienden cómo hacer los trámites administrativos en los distintos servicios institucionales, o bien porque son discriminados por los funcionarios que los reciben, la mediación del personal de CAMAD es clave en la facilitación del proceso. Nuevamente, en el caso de este componente las acciones que realiza cada centro móvil son distintas dependiendo de los recursos con los que cuenta para poder hacer efectiva la canalización, punto en el que se profundizará más adelante.

El trabajo de seguimiento de los usuarios es continuo y a veces agotador para el equipo de trabajo, ya que deben enfrentarse a que los procesos transformación del estilo de vida entre los drogodependientes suelen ser largos y están caracterizados tanto por la resistencia al cambio, como por recaídas, tal como lo comenta uno de los profesionales de trabajo social del programa "*en el caso de don [nombre de usuario], (…) lo llevé 3 veces distintas a acogida… ¡y nada!... a la cuarta vez que lo acompañé, le dije «es la última vez que lo llevo, si usted no se queda aquí, no lo llevo más»… y se quedó, duró los 15 días en el centro de acogida, después nueve meses en el centro El Camino y gracias a dios, en este momento es un gestor de la secretaria de integración social… él es un caso del que nosotros nos sentimos orgullosos, gracias al CAMAD(…) recuperó la familia y eso es un logro, porque tú sabes que es difícil que una persona deje de consumir, estuvo 20 años consumiendo, estuvo en la cárcel 15 años, entonces es un logro muy grande…"*

Además, los equipos de trabajo, y especialmente sus coordinadores, han hecho la labor de construir mapas o redes de servicios disponibles en el Distrito Capital para el perfil de usuarios del programa, de manera que CAMAD se vuelva una puerta de acceso a la institucionalidad en lo local, así como un facilitador para la vinculación institucional de una población marginada de estos servicios. De ahí que uno de los miembros del equipo explique *"Yo a veces lo digo coloquialmente, somos un «punto de atención distrital», porque a nosotros nos preguntan por cedulación, nos preguntan por Secretaría e Integración Social, nos preguntan por educación, por trabajo, entonces nosotros nos vimos en la necesidad de generar un mapa, que no existía como tal, de articulación con otros sectores y empezar a gestionar lo que nosotros podemos. Dentro de las limitantes de cada sector."* Otra labor de los

[7] Los pasos incluyen solicitar la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), o bien demostrando pertenencia a poblaciones especiales o prioritarias, que se identifican mediante listados censales, para demostrar la situación socioeconómica. Luego, debe realizar el proceso de libre elección, en el que se elige la Entidad Promotora de Salud vía telefónica o por internet. Un tercer paso es ir a retirar el carnet de salud.

coordinadores es su capacidad de gestionar convenios con organizaciones, por ejemplo, vinculadas al área de deportes o a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- Componente 5

El último componente refiere al *Fortalecimiento Institucional*, que en la práctica se traduce en la participación de los equipos de trabajo en capacitaciones periódicas lideradas por la Secretaría Distrital de Salud en torno a la actualización en los conocimientos en torno a las SPA, enfermedades específicas en torno a la población objetivo (respiratorias, dentales, etc.), entre otras. De todas maneras, los equipos de trabajo manifestaron su sentir respecto a la necesidad de mayor frecuencia de estas capacitaciones, ya que el problema del consumo de SPA es dinámico, tal como lo comenta uno de los miembros del equipo de trabajo *"Creo que la capacitación frente a las sustancias psicoactivas debe ser continua, porque no conocemos el efecto de determinadas sustancias, porque mes a mes se generan más sustancias para consumir, nos quedamos cortos frente al consumo de sustancias, y nosotros se supone que somos expertos en esto y nos quedamos cortos…personalmente me aburre que yo no sepa lo que el paciente me está diciendo y eso que uno trae un bagaje ya teórico…Otra cosa es saber todo de los efectos a corto, mediano y largo plazo… esa es una capacitación que sería sumamente adecuada(…)"*

Así mismo, es importante notar que aunque las capacitaciones apuntan al fortalecimiento de la estrategia CAMAD, es muy importante que la planificación de estas jornadas sean consensuadas con los equipos de trabajo de manera que sean instancias provechosas, ya que debido a que ellas se contemplan fuera del horario laboral, la disposición de parte de los equipos no es la óptima en estas circunstancias. Así, en palabras de uno de los miembros "De pronto el problema que tienen esas capacitaciones es que las ponen en unos horarios que son poco motivantes para nosotros: un sábado realmente nadie le presta atención a una capacitación de 8 de la mañana a 5 de la tarde, y eso te lo digo porque pasó esta vez y va a volver a pasar, yo voy de mala gana realmente… Y la meta sigue igual, es decir si estamos en una capacitación y perdimos todo el día, y no es "perder" pero es que para nosotros sí porque la meta no nos la van a disminuir (…)"

Adicionalmente, y aunque no es una práctica extendida en todos los CAMAD, algunos coordinadores han generado instancias de "oxigenación del equipo" o de "autocuidado" que son jornadas en las que los equipos de trabajo comparten, salen del ambiente laboral y fortalecen sus lazos, lo que es sumamente valorado por los equipos, debido al estrés y carga emocional que significa su trabajo en el programa. Esto aunque no sea una actividad que se contemple dentro de los documentos de lineamientos (o diseño), es una práctica que aporta de forma definitiva al logro del fortalecimiento institucional de CAMAD.

2. Ajustes o modificaciones del programa

En varios aspectos prácticos, los distintos centros correspondientes a la modalidad móvil de CAMAD se diferencian. Parte de las discrepancias se justifican debido a la adopción de un "modelo de atención diferencial", que enfatiza en estrategias de abordaje distinto según el perfil de los usuarios a los que se enfrentan los equipos, y también según las necesidades específicas de los territorios. Por ejemplo, CAMAD Rafael Uribe Uribe se caracteriza por abordar a un espectro de población más amplia, llegando a estudiantes y adolescentes, además de habitantes de calle, consumidores problemáticos de drogas y en procesos de deshabituación vinculados a fundaciones y hogares de paso; mientras que en CAMAD Bronx además de atender a población habitantes de calle, los sectores donde se sitúa también se concentran trabajadores sexuales y población LGBTI; Y por supuesto CAMAD Cárcel atiende con una respuesta diferenciada a la población privada de libertad de la cárcel distrital. Obviamente que los problemas y necesidades de cada una de estas poblaciones exigen respuestas específicas por parte de los equipos del programa, ya que demandan que se enfaticen ciertos servicios como pueden ser las consejerías de salud sexual y reproductiva para trabajadores y trabajadoras sexuales o bien, entrega de medicamentos por trastornos de sueño en el caso de la población privada de libertad. De ahí también que la composición de los equipos de cada CAMAD sea distinta (Ver tabla 3), pues cada uno dispone del perfil de profesionales adecuado para responder a su población específica. Al mismo tiempo, las dinámicas propias de las localidades en las que se sitúan los CAMAD móviles, dan la pauta de las jornadas, horarios y frecuencia en que el programa se desempeña. Todas estas modificaciones o ajustes a los lineamientos, han dependido de la capacidad estratégica y dominio de los coordinadores y del equipo humano del CAMAD y han permitido el éxito del programa en cada los distintos contextos donde se desempeña.

Tabla 3. Composición del equipo de trabajo*, según CAMAD

	CAMAD			
Profesional	Bronx	Sur	RUU	Cárcel
Médico general	1	1	1	
Odontóloga	1	1	1	
Psicólogo	1	1	1	2
Trabajador social	1	1	1	1
Gestor comunitario	1	1	1	
Auxiliar de enfermería	1	1	1	
Higienista dental	1			
Digitador	1	1	1	
Conductor	1	1	1	
Pedagogo			1	
Psiquiatra				1
Enfermera				1
Terapeuta ocupacional				2
Educador físico				1
Nº Total profesionales	9	8	9	8

**Vigente en Abril de 2015, según lo mencionado por los equipos en los grupos focales*

No obstante lo anterior, existen otras discrepancias respecto a la implementación de CAMAD que se estiman como perjudiciales para el desempeño del programa. En esta línea, se reconoce que el alcance de los servicios que se ofrecen a los usuarios en cierta medida está sujeto a la gestión administrativa al nivel de los hospitales que ejecutan el programa, así como a nivel de la coordinación de los equipos que gestiona convenios y recursos. Así por ejemplo, los informante de los equipos de trabajo remarcaron que gracias a la disposición y gestión de la gerente del Hospital Centro-Oriente se pudo disminuir de forma efectiva las barreras de acceso de atención de salud a los usuarios de CAMAD Bronx, ya que sin importar su afiliación al sistema de salud, pueden ser atendidos de forma resolutiva en las dependencias de la institución. De esta manera, CAMAD Bronx que depende de dicho hospital, es capaz de brindar medicamentos, realizar procedimientos simples de odontología (como exodoncias de primeros molares) mientras que los otros CAMAD (Sur, Rafael Uribe) se ajustan a un modelo de Atención Primaria en Salud (APS)[8] que comprende acciones de baja complejidad, principalmente consistente en actividades extramurales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mantenimiento y recuperación de la salud educación sanitaria, trabajo social y por último, de asistencia sanitaria, que consiste en la valoración, diagnóstico, prescripción y en la derivación hacia servicios externos de atención en salud, en los casos que lo requieran. Desde la perspectiva de los equipos humanos del programa, esto resulta problemático cuando se tiene en cuenta que una característica de los usuarios es que se acercan a los móviles justamente buscando atención en momentos de urgencias y crisis, y aquellos móviles que se ajustan a los lineamientos, no pueden dar respuesta a sus necesidades inmediatas. En efecto, se comenta que *"hemos aprendido que el habitante llega a buscarnos únicamente cuando necesita atención médica urgente o atención odontológica urgente. Ellos no van por prevenir, por nada de eso."*

Es por lo anterior que los equipos se distancian de las acciones de APS definidas en los lineamientos: "*(…) hay una serie de procedimientos que son los que se pueden hacer, pero nosotros por los sitios que nosotros visitamos, hay cosas que no podemos dejar de hacer en un momento dado por una emergencia. No podemos dejar a una persona que llega con una herida, dejar de decirle que no le hacemos nada. No podemos ver una persona que esté con una herida supurativa dejar sin hacerle nada. Entonces podemos, eventualmente, sin que este contemplado, hacerle una curación, una reanimación, un procedimiento de urgencia, una contención física, una contención farmacología, tratamiento de una sobredosis y una eventual salida urgente del sitio en donde estamos, ya sea con un paciente o por razones de seguridad."* Pero esto no es solamente una situación excepcional, ya que de forma cotidiana desde el área de medicina, uno de los ejecutores comentaba "*lo que trato de hacer es una consulta resolutiva y darles una solución al problema que ellos tienen, pero realmente eso se me sale de lo que yo tendría que hacer, es que en mi contrato yo no tengo que hacer eso, pero yo lo trato de hacer, si no fuera así, al menos en mi área, yo saldría bastante inconforme del CAMAD… y es que lo están enfocando a prevención y no tanto como a algo resolutivo, en cuanto a enfermedades… si bien ya se está teniendo en cuenta la barrera de si [*el usuario*] tiene convenio o no con el hospital para determinar laboratorios y poder determinar un proceso de tratamiento, a uno*

[8] En este nivel asistencial comprende principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mantenimiento y recuperación de la salud educación sanitaria, asistencia sanitaria, rehabilitación y trabajo social.

todos los días o muchas veces, lo hacen quedar corto con las herramientas para entregar una buena atención…". En efecto, en uno de los informes recientes de CAMAD Sur se propone "*Crear por parte de la Secretaria Distrital de Salud nuevas propuestas de trabajo y de acciones* ***que no se limiten a la valoración y canalización*** *para la atención de los usuarios que consultan diariamente la estrategia CAMAD, [sino que a] proponer alternativas que brinden un modelo de atención que permita la deshabituación del consumo de Sustancias psicoactivas*." (Informe Vigencia Enero-Febrero,2015, CAMAD Sur, pág.57, subrayado propio)

Dichas limitaciones son compartidas por los distintos equipos ejecutores del programa e incluso, eso lleva a decir a uno de los miembros de CAMAD Bronx *"el mejor CAMAD del distrito es el de nosotros…es el que nos buscan, nos llaman de otras localidades para que el CAMAD se dirija allá, incluso sabiendo que allá hay un CAMAD, pero a mí me llaman para pedirme el servicio del CAMAD Centro-oriente".* No cabe duda que las diferencias respecto al alcance de la atención que pueden brindar los distintos móviles no depende de la voluntad ni disposición de los equipos, sino que de la gestión administrativa de los hospitales ejecutores del programa en cada una de las localidades.

Pero existen también otras diferencias asociadas a la gestión y administración de los coordinadores de los CAMAD, ya que por ejemplo, algunos coordinadores han gestionado recursos para contar con un vehículo adicional al móvil (que se utilizan principalmente para agilizar las operaciones de traslado y acompañamiento a los usuarios a las instituciones pertinentes cuando lo requieren) o también para mejorar la infraestructura con la que cuentan a través de carpas que se anexan al móvil (para realizar las intervenciones psicosociales), y también estableciendo convenios con instituciones locales. Un caso emblemático es CAMAD Rafael Uribe Uribe que debido a la motivación de su coordinador y el gran compromiso del equipo, consiguen donaciones de ropa, comida y artículos de aseo, logran que dentro de las comunidades regalen suministro de agua para poder brindar a los usuarios del programa un desayuno, posibilidad de ducha y vestimenta, como un incentivo a que se acerquen CAMAD y conozcan el programa. Todo esto sin duda genera que el programa entregue un mejor servicio, pero depende del criterio, interés y compromiso de los equipos humanos, por lo que contribuye a que los servicios no sean estandarizados dentro del distrito.

3. Factores que afectan la implementación

La aproximación cualitativa llevada a cabo permitió evidenciar algunos factores internos y externos al programa que afectan de forma positiva o negativa su implementación por parte de los equipos de trabajo. Para poder problematizar y visibilizar cada una de estas condiciones, serán tratadas como puntos independientes a continuación.

-Condiciones laborales de los equipos ejecutores

Uno de los nodos más problemáticos es la consideración de las condiciones laborales que enfrentan los equipos ejecutores, que afectan día a día la puesta en marcha del proyecto. Primero, en términos contractuales, los trabajadores del programa enfrentan una situación laboral que es compartida por

parte de los empleados del servicio público a nivel nacional, ya que sus contratos laborales están sujetos a las vigencias de presupuesto del programa, que duran alrededor de tres meses o menos. Debido a esto, los trabajadores no cuentan con vacaciones, ni días de descanso, por lo que los equipos humanos se van desgastando con el avance del programa; al mismo tiempo, esta inestabilidad laboral genera no sólo incertidumbre en los trabajadores, ya que en cada una de las vigencias sus salarios pueden variar, sino que tampoco pueden demostrar formalmente su trayectoria laboral, de manera que no pueden acceder a créditos en instituciones financieras. Al mismo tiempo, los equipos manifestaron que en sus contratos no se especifica el horario de sus jornadas laborales, lo que se traduce en jornadas de trabajo extendidas aun cuando no acceden a primas laborales.

Esta situación contractual llama la atención sobre todo cuando se tiene en cuenta que la labor que desempeñan los equipos involucra un riesgo importante por una parte, en cuanto a su seguridad, debido al contexto de marginalidad al que se exponen[9], en el que son comunes asaltos, hurtos y violencia, y de hecho, los equipos reconocen haber experimentado robos: "*nos han robado… al jefe le quitaron su computadora, aquí a la compañera la maleta, a la compañera en el consultorio le estaban metiendo la mano en la maleta, cuando se fue a dictar la charla (…)Al carro de apoyo le robaron la cruceta (…) O sea, son cositas pequeñas o no tan pequeñas, porque, para nosotros es indicativo, porque tú sabes que una maleta donde ella tiene toda su información, es muy valiosa…"*. Otro episodio que relatan muestra la violencia y amenazas a la que se enfrentan en su trato con los beneficiarios del programa "(…) *con la anterior odontóloga que teníamos, [un usuario] dijo «me duele la muela», entonces ella «pero es que no lo puedo atender acá», «pero es que me duele la muela y me la tiene que sacar» y [el usuario] se acostó en la camilla, y sacó un cuchillo, ¡¿y qué hace la odontóloga?! «Ya cálmese, cálmese no se preocupe…Es difícil porque el tipo de población muchas veces es muy agresiva, porque ellos no tienen nada que perder…".* Por otro lado, el trabajo en CAMAD también significa un riesgo para la salud mental y física de los ejecutores, debido a la carga emocional que significa el trato con usuarios vulnerables y la convivencia diaria en estas localidades, y también, debido a su exposición al consumo de sustancias, tal como lo relata uno de los ejecutores del programa: *"Nosotros somos consumidores pasivos, eso no lo podemos evitar, uno llega después de una jornada pesada aquí (….) y no lo podemos negar… nosotros salimos igual "tocados". O sea, todo el consumo encima, pues obviamente…. Y eso que mientras [los usuarios] estaban en el CAMAD no consumen, pero todo el sector consumiendo, pues igual uno sale mareado, con dolores de cabeza. Prácticamente hay un profesional [de CAMAD] enfermo a la semana, ya sea por problemas gastrointestinales o respiratorios… Siempre alguno enfermo a la semana, pero es por el ambiente en el que trabajamos... y eso tampoco se ha tenido muy en cuenta."* Esta carga emocional no es distinta para el equipo humano que trabaja en la cárcel que debe enfrentar a también un perfil de usuarios complejo y que comparte con ellos el encierro y sus dificultades durante sus jornadas laborales.

Sumado a lo anterior, los equipos ejecutores deben sufrir la falta de condiciones laborales mínimas, ya que debido a la infraestructura de los vehículos móviles, no cuentan con baños ni disponibilidad

[9] Un ejemplo de esto es el asesinato del funcionario Javier Molina de la Secretaría de Integración Social en Septiembre de 2013, que desempeñaba sus labores en el sector del Bronx, lugar donde se sitúa uno de los CAMAD.

de agua potable. De ahí que uno de los profesionales de CAMAD haga notar "*A nosotras nos toca, sobre todo a nosotras las mujeres, mirar a ver dónde conseguimos un baño…Que casi no se logra…A los hombres también se les complica un poquito, pero es más fácil. A veces nos toca decir «acurruquémonos nosotras allí, a ver… ¡Ay no!, no se puede»…entonces, a veces que casi que le toca a uno pasar, o toda la mañana o la tarde, aguantando porque no hay dónde [ir al baño]. Entonces imagínate, calcula las… cistitis… Nosotras allá, ya con dolor de estómago y de todo… Y es que es una pena la falta de condiciones sanitarias adecuadas, tanto para el personal como también, para los usuarios".* Así también, se comenta respecto a los inconvenientes diarios de alimentación "*Tenemos dificultades para la alimentación, nosotros… es que no encuentra uno restaurantes higiénicos en los lugares donde estamos…y sufrimos mucho de enfermedades gastrointestinales por eso".*

En suma, todas estas condiciones mencionadas afectan no solo en el desgaste del equipo humano sino también incentivan la rotación de los profesionales, lo que significa la pérdida de capital humano con experiencia para el programa. En efecto, sólo dos de los cuatro CAMAD estudiados cuentan con un equipo profesional en los que la mayoría tiene más de un año de experiencia en el programa.

<u>-Falta de recursos</u>

Los equipos ejecutores deben enfrentar las dificultades asociadas a la falta de recursos del programa a través de estrategias ad-hoc. Así por ejemplo, el presupuesto de CAMAD no contempla los recursos para el pago de la luz eléctrica, que es indispensable para el funcionamiento de los móviles, de manera que los ejecutores deben acercarse a la comunidad y gestionar el suministro del servicio sin costo.

A esto se suma la falta de los insumos necesarios para hacer las atenciones, por ejemplo, desde el área de odontología, un profesional comenta "*Y es que no hay instrumental para una buena atención, yo cuento con muy poco instrumental. Muchas veces me toca hacer las valoraciones con un baja-lenguas para hacerle el odontograma [a los usuarios], que es la parte de revisar cada diente, y ni siquiera cuento con un espejo, ¡sino que con un baja lenguas! entonces es bastante complicado… y, como estamos en distintos lugares, muchas veces no nos dejan conectar la luz, y entonces no hay luz, ni agua… y no puedes revisar los pacientes sin luz, son condiciones bastante difíciles…"* En la misma línea, los profesionales manifiestan sentir frustración cuando se presentan casos de urgencia, ya que no cuentan con los implementos necesarios para su atención, tal como lo comenta uno de los ejecutores "*de pronto no llegamos a hacer ningún procedimiento adicional [a los de promoción y prevención en salud], porque no tenemos ni contamos con los medios ahí [en el vehículo móvil], y tampoco es lo más apto para ellos[los usuarios]… aunque si a mí me llega un paciente con una herida, no puedo suturar ahí y me da pena decirle que no le puedo poner un punto, y es algo como de pronto muy fácil, porque se podría hacer pero no lo hacemos porque no hay sutura, no hay recursos para eso"*.

Debido a estas dificultades, la labor de los coordinadores es crucial en la gestión de recursos externos para inyectar al programa. Este es el caso por ejemplo de CAMAD Rafael Uribe Uribe el que dispone de recursos (como un vehículo adicional, carpas, computador, internet) adicionales, además de los

recursos gestionados por su gestora comunitaria y trabajadora social para entregar servicios de comida, baño y vestimenta a los beneficiarios del programa durante sus jornadas.

-Socialización del programa dentro de la comunidad

El posicionamiento de los equipos humanos en las localidades en las que se insertan es una labor que queda poco visible dentro de los lineamientos del programa, pero que es vital para su implementación. De manera que el logro de una buena relación con la comunidad y el establecimiento de vínculos con líderes comunitarios y referentes locales, determina las condiciones a considerar para la planificación de sus actividades semanales, organización de sus labores y dinámicas diarias de los equipos. En esta comunicación con la comunidad, uno de los ejecutores comenta "*Hay gente que dice que nos volvimos asistencialistas, que somos unos alcahuetas, y que lo que estamos haciendo es lo peor, que estamos criando ladrones y malandros, que no deberíamos hacer eso, pero más que todo hay gente que nos colabora, que nos contribuye con ayuda*". De todas maneras estos diálogos son vitales para difundir el programa, pues los equipos hacen notar que "*al programa muchas personas no lo conocen, nosotros trabajamos con colegios e instituciones y ellos no saben qué es el CAMAD (…), de igual manera, los que lo conocen tienden a satanizarlo, porque en algún momento, apenas empezó el CAMAD, se hablaba del CAMAD como un lugar donde nosotros le suministrábamos drogas suaves a los usuarios para mitigar de pronto el daño*". Lo anterior muestra las distintas posturas de la ciudadanía, parte de ella bastante crítica a la propuesta de CAMAD, posiblemente por lo que han expuesto de él los medios de comunicación.

De manera que los equipos han debido construir día a día la confianza en el programa en cada territorio, lo que se logra principalmente a partir de la socialización continua del propósito del programa y el énfasis en su enfoque de mitigación de daños, tal como expone uno de los profesionales del equipo "*Nosotros les decimos a ellos que no nos interesa qué hayas hecho, cómo lo hayas hecho, por qué lo has hecho… tienes derecho a tener tu salud física y mental y para eso estamos nosotros. Eso ha generado confianza en nosotros, diferente a otras Secretarías. Si llega el ICBF [Instituto Colombiano de Bienestar Familiar] ellos saben que es para el ejercicio protectivo de la niñez y puede retirarle a los niños… nosotros sí hacemos un reporte [a instituciones gubernamentales], pero no entramos como tales a ser tan agresivos y entendemos la dinámica de ellos. Eso hace que nos posicionemos mucho mejor*."

-Articulación interinstitucional

El programa se concibe como la puerta de entrada para la vinculación institucional de una población que se encuentra maginada del acceso a servicios básicos. Sin embargo, los equipos han identificado carencias en la oferta de la red servicios con la que cuentan para derivar a los usuarios de CAMAD, sobre todo en lo que refiere a la salud mental. Esto puede evidenciarse en el relato de los ejecutores "*Toca hacerles deshabituación de calle [a los usuarios habitante de calle]. Y, si no tengo para dónde mandarlos, se pierde [el usuario] por así decirlo. Porque, ¿qué saco yo con tenerlos, un mes en un proceso, proceso, proceso conmigo? Eso es muy valioso, ¿sí? pero ligado a eso, tengo que tener un sitio donde sacarlo[a que continúe con un tratamiento], no puedo hacer un trabajo profundo con ellos.*

Y [el Hospital] Santa Clara[10] *tiene 38 cupos a nivel distrital, ¡imagínate, en todo Bogotá! Entonces, como es a nivel distrital, todo el mundo manda para allá... como todo el mundo manda, entonces, me toca ir a tocar puertas, decir «doctor, por fa, colabórame, tengo un pacientico» «uy, no, no puedo, no sé qué» o se ponen mil barreras. Y cuando por fin dice « listo, sí, mándamelo, ¿tiene cédula? [el paciente]» «No, es que es habitante de calle». Y entonces no se puede, porque no tiene APS (…) Finalmente, ese proceso se pierde, ¿sí? Porque ellos [los usuarios] toca darles respuestas rápidas, apenas hay uno que dice « ¡ya! me quiero ir», toca ya cogerlo y dar resultados*." Pese a esto, queda en evidencia que gracias a la labor de los profesionales de CAMAD, se gestionan cupos prioritarios para los beneficiarios del programa.

Se debe subrayar que con otras instituciones, algunas unidades móviles han logrado una articulación efectiva. Un buen ejemplo de esto es el trabajo conjunto de CAMAD Bronx con el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON), ya que esta última institución dispone de un orientador que trabaja cotidianamente con el equipo CAMAD Bronx en los territorios, y les permite coordinar mejor el trabajo de derivación de los usuarios que lo requieren hacia esta institución. Otro mecanismo efectivo de derivación se ha generado entre CAMAD Bronx y el programa CAMAD Mediano Umbral, que surge en Julio de 2014, y opera como un *Centro de Mediano Umbral y Mediana Complejidad para el Apoyo y Manejo de las Adicciones desde un Enfoque de Atención Primaria en Salud y Mitigación* dependiente también del Hospital Centro Oriente, en respuesta a la necesidad identificada por los equipos de CAMAD de brindar una atención de mediana complejidad a los usuarios del programa. No obstante, esta capacidad de articulación no es homogénea para todos los CAMAD, ya que en un informe reciente de la gestión de CAMAD Sur se señala "*Para estas 2 últimas vigencias de la estrategia CAMAD no contó con facilitadores de Secretaria de Integración Social ni de IDIPRON, para el acompañamiento en la estrategia CAMAD Kennedy [o CAMAD Sur], argumentando que tenían problemas con la contratación de los mismos, dificultando lograr una adherencia de los usuarios canalizados.*" (Informe Vigencia Enero-Febrero, 2015, CAMAD Sur, pág. 56). Pese a esto, los distintos equipos de CAMAD móvil participan periódicamente en distintas instancias que buscan afianzar las redes de atención sociales y en salud, procurando articular la acción de la estrategia CAMAD con otros organismos e instituciones; ejemplos de esto son la participación reciente de los equipos en consejos territoriales de salud, jornadas locales intersectoriales, en mesas de prevención y atención al consumo de SPA y reuniones con distintas ONG orientadas a la misma población objetivo (como Alianza VIHDA, Punto por el derecho a la Salud, Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Género, entre otras).

En lo que refiere a CAMAD Cárcel, se debe destacar los logros que han tenido con respecto a la articulación del programa con la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres, ya que gracias a su desempeño lograron abrirse un espacio estable dentro de la institución, pues como ya se ha adelantado, la cárcel dispuso de un pabellón exclusivo para quienes quisieran incorporarse a CAMAD. No obstante, esta relación interinstitucional, exige un trabajo arduo para el personal del programa, ya que los equipos han debido hacer un trabajo de sensibilización y difusión del contenido del programa, así como un esfuerzo constante de coordinación con las directivas de Cárcel, la oficina de

[10] Que es una de las pocas instituciones de salud en el distrito que cuenta con servicios de salud mental.

Atención Integral y la dirección del cuerpo de custodia, para poder realizar las actividades que se proponen con los internos. Al mismo tiempo, CAMAD se ha debido acomodar a las dinámicas propias de la cárcel, respetando no sólo los horarios y normas de seguridad, sino también las alteraciones a su población usuaria debido a medidas institucionales y gubernamentales, que entre otras cosas, han motivado flujos masivos de población privada de libertad(egresos e ingresos). Así por ejemplo, en septiembre de 2014, 62 participantes del programa fueron trasladados hacia otras cárceles y sólo un mes después, debieron incorporar a 55 privados de libertad nuevos al pabellón Autonomía, ya para noviembre del mismo año volvieron a aumentar la cantidad de beneficiarios (ingresando 29 más) respondiendo a nuevas contingencias del recinto, llegando a una cobertura de 100 usuarios, que superó en un 27% la meta definida en los lineamientos para esa vigencia (Septiembre a Diciembre,2014).

Con todo, no cabe duda que los profesionales hacen todo lo que está a su alcance para lograr la vinculación institucional de los usuarios así como una articulación interinstitucional efectiva, por lo que los obstáculos que se presentan, deben subsanarse a nivel de la coordinación distrital del programa.

-Prácticas de autocuidado de los equipos de trabajo

Algunos coordinadores han ideado métodos y estrategias que apuntan a la oxigenación y autocuidado de los trabajadores, que consisten en salidas recreativas(a parques, cerros), que les permiten distraerse de los ambientes que frecuentan durante sus jornadas laborales, fortalecer lazos como equipo y construir un sentido de pertenencia al programa. Estas iniciativas están presentes sólo en dos de los cuatro CAMAD estudiados, y aunque no se contemplan dentro de los lineamientos del programa, parecen imprescindibles dadas las condiciones laborales (estrés, carga emocional al exponerse al trato con usuarios, etc.) mencionadas en las páginas anteriores.

-Compromiso de los equipos de trabajo

El compromiso de los equipos, su pasión por el trabajo y entrega a los usuarios del programa es el motor que les permite sortear todas las dificultades que se han mencionado más arriba, e implementar el programa buscando entregar el mejor servicio posible a los usuarios. Su entereza como profesionales destaca aún cuando tienen claras los obstáculos diarios de su trabajo: *"nosotros no sabemos qué es una vacación, porque si tú quieres vacaciones tienes que cancelar el contrato y te quedas desempleado, nosotros en salud pública vivimos en función del bienestar de la comunidad. Eso quiere decir que como tal, un horario no cumplimos, porque nosotros estamos disponibles a la hora que se necesite"*. En efecto la responsabilidad de los equipos es tal, que dejan de lado su autocuidado: "*Y aun así, este uno enfermo, va a trabajar… porque, es que si falto yo no va a estar sicología en CAMAD. Solo hay una. Si falta trabajo social, entonces: seguimientos, el traslado, todo… ¿Quién lo hace? entonces empezamos como que… ¡uf! Entonces, muchas veces deja uno de lado su salud y la salud de su familia, porque es que también mi hijo tienen cita médica; pero, yo ¿a quién busco quien me haga el favor que me lo lleve?, porque creo que a algunas nos ha pasado. De que… ¡uy! ¿A quién le pido el favor?, ¿mi mamá?, ¿mi papá?, ¿a quién le pido el favor que vaya y lo lleve? Entonces, estamos también dejando de lado nuestra vida, nuestra salud, nuestro bienestar, ¿sí? Y no es de queja,*

no es porque nos estemos quejando. Sino que eso también hace parte de todas estas falencias que hay que irlas mejorando."

Y quizás las palabras que reúnen la profundidad del compromiso de los equipos humanos con los beneficiarios de CAMAD, son las siguientes: *"El CAMAD se convierte como en tu estilo de vida. Te levantas pensando en el CAMAD, te acuestas pensando en el CAMAD… llegamos a la casa esos días en los que está lloviendo, y te acuestas pensando «mis usuarios!!, que van a hacer? , se están mojando…» todo el tiempo estás pensando en tus usuarios(…) y entonces todo el tiempo estamos pensando, bueno qué vamos a hacer mañana para poder mejorar el CAMAD, qué nos conseguimos mañana para la brigada, qué vamos a dar en esta brigada, porque nos hace falta tal y tal cosa…por ejemplo, no sé, hoy no podemos tener el queso, entonces démosle salchichón, miremos cómo lo conseguimos, muchas veces terminamos dando de nuestros bolsillos, si no hay vasos con que servirles, y corremos a conseguir vasos… (…) y son cosas que… tu mundo empieza a ser el CAMAD…entonces este es un trabajo no para todo el mundo, es un trabajo pesado y pues requiere de muchísimas cosas… y pues nada, está la pasión"*.

- Capital humano

En los inicios del programa, no se contaba con un diseño sistemático, ni tampoco con la suficiente claridad para la implementación, sino que ésta se fue construyendo con la experiencia en terreno de los equipos ejecutores, quienes una vez en terreno, fueron enfrentando las dificultades del contexto, las necesidades de los usuarios e ideando la forma más apropiada de intervenir. Esto se evidencia en el relato de uno de los profesionales de CAMAD, cuando se refiere a su experiencia en la implementación inicial del programa *"Una vez que por fin nos instalamos, nosotros, como equipo, empezamos a tener ya la necesidad de empezar a mirar metodologías y estrategias adecuadas para la atención del habitante de calle (…) y empezamos a hacer las valoraciones, empezamos a mirar qué necesitábamos… que[necesitábamos] una canalización, y eso fue identificar otra barrera, porque si bien nosotros detectamos la situación[del usuario], podemos hacer los espacios de sensibilización, lo necesario para que el individuo diga «si, entremos en una etapa de cambio, yo quiero salir de aquí» y nosotros entramos a ver, pero no habían cupos a nivel distrital de tercer nivel(…)"*

Pero dicha precocidad no sólo estuvo dada por la reconocida urgencia con la que fue lanzado el programa, sino también, porque el estudio acerca de poblaciones vulnerables y ocultas, así como la evidencia de su intervención son escasos, por lo que el conocimiento adquirido por los ejecutores de CAMAD resulta invaluable. De ahí que uno de los ejecutores comente "*ninguna universidad te prepara para trabajar en la calle, ni con el habitante calle, ninguna, además estas son habilidades que debe uno adquirir ya bajo la experiencia. Y tener ya un equipo de experiencia es uno de los plus adicionales que tiene el Hospital Centro-oriente para su CAMAD. Ya tenemos experiencia, ya sabemos manejar un operativo, ya sabemos manejar una agresión, ya sabemos manejar una cantidad de situaciones socio-ambientales que tal vez otro profesional se tendría que demorar de 2 a 3 meses [en aprenderlo], y es que la persona ya ha bajado los niveles de ansiedad para trabajar en nuestro contexto*."

4. Procedimientos y actividades de monitoreo que establece la Unidad Responsable

El monitoreo o evaluación de un programa es un método de control del progreso de un programa, basado en la supervisión continua o periódica de su ejecución, para asegurar que los insumos, actividades y resultados se desarrollen de acuerdo a lo planificado. La Secretaría Distrital de Salud (en adelante, SDS o unidad responsable) es la unidad responsable del monitoreo de CAMAD. Más específicamente, el desempeño de los CAMAD es evaluado principalmente a través de metas que la propone la SDS para cada una de las actividades contempladas dentro de las fichas técnicas y lineamientos que se definen en cada vigencia presupuestaria del programa. En este apartado se describen por un lado, los procedimientos y actividades que realizan los equipos ejecutores para dar cuenta del nivel de logro de dichas metas de gestión; y por otro lado, se documentan los procedimientos de acompañamiento, supervisión y retroalimentación de la gestión que realiza la unidad responsable.

- Procedimientos asociados al registro de la información

El primer paso en el proceso de monitoreo de la gestión de CAMAD es el registro de la información relativa a la entrega de productos o servicios y a la cobertura de beneficiarios del programa. Así, las actividades asociadas al registro de información corresponden a la sistematización de los datos que se recogen respecto a la caracterización sociodemográfica, instrumentos de tamizaje (de consumo de drogas, vínculos familiares) aplicados, a las valoraciones de cada una de las áreas de atención (medicina, odontología, trabajo social, entre otras) y a las canalizaciones y seguimiento realizada a cada uno de los usuarios del programa. Cada CAMAD dispone de formularios estandarizados de registro de información de los usuarios atenidos, de acuerdo al tipo de intervención que reciben y profesional a cargo de la misma. De acuerdo a las atenciones que requieran los usuarios dentro de los servicios ofrecidos por el programa, los profesionales diligencian los formularios con los datos básicos de identificación y las acciones por área de atención, a los otros profesionales del equipo para que se continúe con el servicio integral ofrecido por CAMAD. Una vez que concluye la atención del usuario, los datos recolectados por los profesionales son entregados al digitador del equipo, que es el encargado de recolectar los datos registrados en papel, para ingresarlos en la base de datos diseñada por la Subsecretaría Distrital de Salud (SDS), estandarizada para todos los CAMAD del distrito. Para esto, cada digitador cuenta con un notebook que dispone de Microsoft Office, y del programa Excel, que es en el que se procesa la información de la base de datos. Asimismo, el digitador debe depurar la base de datos, revisando la consistencia de la información e identificando posibles errores de digitación. Se debe destacar que los digitadores además tienen un rol activo en dar cuenta de las limitaciones y debilidades de la forma de registro de la información en la base de datos propuesta por la SDS. De hecho, los digitadores que han formado parte de los equipos más consolidados, han aportado de forma decisiva en la construcción de la base de datos actual, ya que ha sufrido diversas modificaciones a lo largo del desarrollo e implementación de CAMAD. La información de cada uno de los CAMAD es enviada vía correo electrónico y radicada en medio magnético en la SDS, con una periodicidad mensual. Debido a que la información de los usuarios es personal y sobre temas sensibles, el manejo de los datos contempla su resguardo y confidencialidad,

para lo cual se protege el archivo de la base de datos con clave de acceso y nombre usuario, que es una información a la que acceden únicamente el coordinador y técnico en sistemas; adicionalmente, cada unidad móvil dispone de una cuenta de correo electrónico, que se maneja con las mismas directrices de seguridad (clave de acceso, nombre de usuario), para la protección de los datos.

Dentro de la SDS existe un equipo de epidemiólogos encargados de la recepción mensual de la base de datos de cada unidad móvil y de supervisar la calidad y consistencia de los datos, para así depurar y consolidar la base de datos distrital del programa. En caso de que se identifiquen errores o inconsistencias se socializan los problemas y se piden los ajustes necesarios a los ejecutores de las unidades móviles.

Ahora bien, con respecto a las dificultades detectadas en torno a los procedimientos de registro de información, destacan dos aspectos. Primero, los profesionales enfrentan la presión de identificar y caracterizar a cada uno de los usuarios atendidos para poder lograr las metas de convocatoria en circunstancias en que los mismos usuarios no quieren ser identificados en parte porque quieren una atención en salud expedita (que les signifique el menor gasto de tiempo posible) y también porque sus actividades delictivas les exigen no ser identificados por ninguna instancia formal; a lo que se suma que los ejecutores completan los formularios muchas veces en condiciones extramurales, por lo que las condiciones ambientales dificultan esta labor. En segundo lugar, se observó en terreno que no existen procedimientos de registro de información diferenciada para usuarios frecuentes del programa, de manera que toda vez que el usuario se acerca a CAMAD y requiere la atención en un área, los profesionales aplican los formularios de caracterización básica nuevamente. Lo anterior sin duda, obstruye la atención de los usuarios, baja la calidad del servicio entregado y significa una pérdida de tiempo no sólo para los usuarios, sino que para los equipos de trabajo; no obstante, esta limitación podría solucionarse si se considera dentro de la planificación, nuevos protocolos específicos para los usuarios re-consultantes del programa, sobre todo porque éstos representan un público no menor.

-Procedimientos vinculados al análisis de la información

La información que se dispone en la base de datos, es la base del monitoreo de la gestión de las distintas unidades móviles. De esta manera, cada CAMAD debe elaborar un informe mensual que incluye la caracterización de los usuarios, su situación de aseguramiento, las actividades y jornadas realizadas por los equipos ejecutores y los seguimientos de los usuarios a través de un análisis descriptivo y cualitativo de la experiencia. Además, se realizan informes por vigencia presupuestaria (alrededor de 2 a 3 meses) en los que se da cuenta del estado de avance del programa, se consolida el análisis de los informes mensuales, se señala el cumplimiento del plan de acción, se realiza un análisis de contexto, y se señala el nivel de logro de metas propuestas por la SDS (unidad responsable del monitoreo y evaluación de CAMAD), así como se realiza un análisis cualitativo y cuantitativo de las actividades y sugerencias para el mejoramiento de la estrategia, entre otros. Los referentes técnicos, que están a cargo de uno o más unidades móviles en el distrito son los encargados de velar tanto por el cumplimiento como por la entrega de retroalimentación de los informes mensuales y por vigencia que realizan los equipos ejecutores.

Se debe destacar que la información que logra levantar el programa CAMAD a través de sus equipos ejecutores es inédita, ya que pertenece a una población oculta, que seguramente es invisibilizada en cifras poblacionales oficiales, y en general es escaso lo que se conoce de ella. Es por eso que los agentes a cargo de la coordinación distrital del programa reconocen la necesidad de poder analizar la información disponible no sólo desde el punto de vista del monitoreo de la gestión sino desde un enfoque de difusión de la iniciativa y también como evidencia que aporte a la investigación. No obstante, el programa no contempla acciones[11] ni personal dispuesto en esta dirección.

-El impacto de las metas de gestión sobre la implementación

Las metas propuestas por la SDS a cada una de las unidades móviles del distrito es una de las temáticas más problematizadas por los equipos ejecutores. Esto porque las metas propuestas para cada vigencia se hacen muy presentes en la implementación, pues encausan el quehacer de los equipos diariamente, ya que por cada una de las áreas de intervención se tienen que cumplir un número de atenciones efectivas, entre otras metas. Desde la perspectiva de los ejecutores, el problema principal es que si las intervenciones se orientan enteramente al logro de estas metas, se sacrifica la calidad de la atención a los usuarios, ya que es escaso el tiempo que pueden dedicarles, para lograr la amplia cobertura esperada. En parte sucede esto debido a que la población objetivo es itinerante, y por lo tanto, el flujo de la demanda diaria de atención varía, pues existen días en que es bajísima la demanda de servicios, mientras que otros, los equipos no pueden responder a ella, teniendo que motivar a los usuarios a que se acerquen en otra instancia.

No obstante el cuestionamiento a las metas, los mismos equipos comprenden la necesidad de la SDS por dar cuenta del avance de la gestión a las entidades de control pertinentes y a la opinión pública. En este sentido, llama la atención que las metas sean entendidas por el personal de CAMAD justamente como una forma de demostrar públicamente el avance del programa y de rendir cuentas por la utilización de recursos públicos, más que como un mecanismo para poder hacer seguimiento y monitoreo a la implementación del programa. De hecho, posiblemente debido a que con estas metas se ha podido efectivamente "rendir cuentas", no se ha dado urgencia a generar indicadores de gestión y más aún, no existe claridad al respecto, ya que en muchas ocasiones se entienden como sinónimos de metas por parte de quienes están a cargo de la gestión y administración del programa. Más allá de esto, las metas y la presión de los organismos de control, son una realidad: una muestra de esto es que en uno de los informes mensuales de gestión se menciona "(…) *se realizaron acciones de promoción, prevención e intervención a los usuarios que se encuentran en situación de vulnerabilidad por medio de tratamientos como profilaxis dental, resinas, amalgamas, exodoncias, (…) esta actividad permite tener una mayor cercanía con los usuarios* ***y poder facilitar el cumplimiento de la meta, [aunque]se realiza aclaración que estos procedimientos no se pueden cobrar ni anexar en la historia clínica ya que se presentarían problemas a la hora de realizar una auditoría.***" (Informe Vigencia Enero-Febrero, 2015, CAMAD Sur, pág. 55, subrayado propio). Lo que da cuenta que los

[11] A pesar de que en la fichas técnicas de Marzo de 2015 se mencionaba como una de las metas la elaboración del primer borrador del boletín epidemiológico, no se pudo acceder (hasta la fecha) de la información respecto al avance o logro de esta propuesta.

equipos ejecutores han generado mecanismos y estrategias para poder responder a las distintas exigencias a las que se enfrentan.

En suma, las metas son entendidas por los equipos, más que como guías y desafíos para la implementación del programa, como una limitación para su desempeño que contrasta con el Modelo Humano de Atención en Salud, que tienen muy internalizado en su trabajo. Esto se evidencia en las palabras de uno de los profesionales: "*A parte de ser odontólogo a veces me toca ser de psicólogo[de los usuarios], ellos tienen carencia de afecto, entonces cuando entran a la unidad odontológica y se sientan… y como en un sillón de un sicólogo, me cuentan toda su vida (…) esa labor es muy bonita, agradable… es que yo no puedo coger a un usuario 20 minutos y hasta luego… a veces me demoro 40 minutos, 1 hora… posiblemente después lo vayan a regañar a uno, pero no me importa, la parte humana es lo primordial de este proyecto, si este proyecto ha funcionado es por la parte humana, esa parte de escucha es lo mejor que se puede hacer, las personas salen contentas*".

No obstante el rol activo de los referentes técnicos de la SDS en la socialización de las metas propuestas en cada vigencia, en las razones que las sustentan y en la negociación de éstas con los ejecutores, pudo constatarse que los equipos consideran que su capacidad de influir en estas decisiones administrativas es limitada, pues advierten que sus aprensiones y sugerencias en esta materia no han sido tomadas en cuenta mayormente. Esto puede verse, por ejemplo, en uno de los informes de fines de vigencia recientes elaborado por CAMAD Bronx, en el que se insiste en que se considere el cuestionamiento a la meta relativa a la aplicación de pruebas de VIH a los usuarios: *"una vez más se sugiere que esta meta debe ser a demanda, teniendo en cuenta que no se puede «obligar» su aplicación y adicionalmente, en el territorio se cuenta con varios actores tanto internos (…) como externos que aplican esta prueba" (Informe vigencia Enero-Febrero 2015, CAMAD Bronx).* Así también, distintos equipos han criticado las metas con respecto al número de participantes propuestos para los grupos conversacionales. Por un lado, el equipo CAMAD Sur hace notar que "*Frente al número de participantes dentro de los espacios conversacionales se constituye un espacio de participación abierta, es decir no es indispensable tener en cuenta el número de participantes ni en cuanto a mínimos y máximos, pues ello depende de las dinámicas institucionales o comunitarias frente al acceso de la población objetivo, no es disposición inclusive de los profesionales, ya cabe rescatar que aunque se convoque cierto número de participantes, los espacios suelen ser abierto al público, ya que en ocasiones exceden o carecen del número que requiere en el lineamiento dado por la Secretaria de Salud Distrital, y no se puede relativizar el número de participantes que desean hacer parte del proceso.* (Informe de vigencia Enero-Febrero, CAMAD Sur, 2015). Llama la atención que exactamente este mismo párrafo se repite en el informe de marzo de 2015 por parte del mismo equipo de trabajo (Revisar en Informe de Marzo 2015, CAMAD Sur, pág.50). Por otro lado, el equipo de CAMAD Rafael Uribe Uribe señala que "*En los grupos de apoyo se han presentado dificultades por el número de sesiones que se rigen en el lineamiento. Poder desarrollar 6 sesiones durante un mes para tres grupos dificulta la apertura de los espacios, ya que los usuarios no pueden continuar con los procesos que ya llevan dentro de los espacios que se intervienen. Además aunque se trabaja con el mismo grupo durante 6 sesiones no todos los usuarios asisten a las sesiones, lo que dificulta la continuidad de los procesos. Se propone aumentar el número de grupos y reducir el número de sesiones; en términos de proceso podría generar un impacto coherente a la intervención que realiza la estrategia CAMAD, de*

esta forma se facilitaría la apertura de los contextos con 5 grupos de 4 sesiones" (Informe de vigencia Enero-Febrero 2015, CAMAD Rafael Uribe Uribe).

Sin duda, las críticas y cuestionamiento a las metas por los equipos en los informes a la SDS, parecen un buen síntoma, ya que utilizan los mecanismos establecidos para poder visibilizar las problemáticas relativas a la ejecución. Sin embargo, la insistencia de estos cuestionamientos y el sentir de ejecutores muestra que la respuesta a estas problematizaciones es bastante lenta y requiere de mayor atención por parte de la unidad responsable, como una forma de mejorar la atención y también, de validar la experiencia de los equipos en terreno.

<u>- Procedimientos asociados a la supervisión desde la unidad responsable</u>

De forma paralela a los actividades realizadas por los equipos ejecutores para dar cuenta de sus labores, la SDS desarrolla otros mecanismos para realizar el seguimiento del desempeño del programa, que involucra el acompañamiento, supervisión y retroalimentación de la gestión y que aportan de forma distintiva al monitoreo de CAMAD. Estos últimos procedimientos son llevados a cabo en tres niveles, por los responsables a nivel distrital del diseño, planificación, coordinación y administración del programa, entre los cuales destacan los referentes técnicos y el coordinador distrital.

Entonces en un primer nivel, la estrategia de coordinación distrital consiste en que la SDS convoca a una reunión cada dos semanas a los coordinadores locales de cada unidad móvil, a los referentes técnicos y a asesores especialistas (en salud mental, abordaje clínico) del programa. La finalidad de estas reuniones en algunas ocasiones es la discusión grupal en torno a la temática del consumo de sustancias psicoactivas, así como en la exposición de las distintas experiencias locales frente al tema; En otras ocasiones estas instancias se utilizan para difundir los términos de referencia, los conceptos claves y las actualizaciones de los lineamientos por cada una de las vigencias, de manera de poder consensuar un lenguaje común y un "aterrizaje" de la planificación teórica del programa a quienes coordinan el mismo en cada localidad del distrito.

En un segundo nivel, los referentes técnicos de la SDS, se encargan de realizar un seguimiento directo al desempeño del programa, a través de visitas en terreno a las unidades móviles y CAMAD cárcel. Cada uno de los cinco referentes técnicos tiene a cargo 3 o más CAMAD, a los que visitan (previo aviso) para acompañar el proceso de ejecución, poniendo atención en la productividad, en aspectos administrativos y financieros, y en los procedimientos de registro y análisis de información realizada por los equipos ejecutores. Este proceso se contempla por la SDS como un asesoramiento técnico, aunque es entendido por el personal de CAMAD más bien como una "auditoría interna" del programa. El resultado de lo observado se sistematiza en un informe dirigido al hospital ejecutor de cada CAMAD. Como ya se ha adelantado, el papel de los referentes técnicos es crucial no sólo en el acompañamiento y asesoría en la ejecución del programa, sino también porque constituyen un puente entre la SDS y las unidades móviles, posibilitan la comunicación entre ambos y facilitan la capacidad de respuesta de la unidad responsable ante las dificultades que enfrentan los ejecutores del programa.

Finalmente, existe un tercer nivel de supervisión, que consiste en la evaluación por parte de la coordinación distrital y asesores técnicos de los informes mensuales y de fines de vigencia. Dicha evaluación contempla el pronunciamiento y retroalimentación a los equipos respecto a su

desempeño. A partir de estos documentos, de las visitas en terreno, y también considerando los resultados de auditorías externas, se realizan planes de mejoramiento del programa.

V. REVISIÓN DE INDICADORES DE PROCESOS PROPUESTOS

Los indicadores son la base para el monitoreo y la evaluación del programa, ya que permiten determinar el nivel de realización o logro de los resultados en cada nivel de objetivos que se propone el programa: fin, propósito, componentes y actividades (Ver Tabla 4). Este apartado se ocupa puntualmente de los indicadores de procesos del programa, orientados a monitorear el desempeño e implementación de las actividades planificadas, discutiendo aquellos indicadores de procesos vigentes.

Tabla 4. Tipos de indicadores según ámbito de desempeño

Influencia	Ámbito de desempeño	Objetivo	Tipo de indicador
Indirecta	Efecto o impacto	Fin	Indicadores que permiten evaluar los efectos sociales y/o económicos a los que contribuye el programa.
Directa	Resultados	Propósito	Indicadores orientados a verificar la solución a una problemática concreta en la población objetivo
Control directo	Productos	Componente	Indicadores que permiten verificar la producción y entrega de bienes y servicios del programa
	Procesos	**Actividades**	**Indicadores que permiten verificar la gestión de los procesos del programa**

Según las reuniones, grupos focales y entrevistas sostenidas con los referentes técnicos y coordinador distrital del programa, se observa que el desarrollo de indicadores del programa (procesos, productos y resultados) es reciente y aún bastante débil, ya que no permite hacer un seguimiento en todos los ámbitos de objetivos propuestos en la planificación del programa. Esto se debe a varias razones, la primera es que, como ya se ha mencionado, el seguimiento de la gestión ha funcionado en base al logro de metas más que de indicadores, lo que trae asociada la dificultad de que las cifras no son comparables ni el tiempo, ni tampoco entre las unidades móviles, además de que este enfoque de monitoreo de la gestión se ha desarrollado de la mano a exigencias administrativas y presupuestales, por lo que no necesariamente aportan información sustantiva en torno al progreso del programa. Pero además se debe reconocer que la población objetivo del programa vuelve un desafío el diseño de indicadores plausibles de medir (sobre todo a nivel de productos y resultados), ya que ésta es de difícil acceso y muchas veces se niega a ser identificada en términos formales, (pues muchos están involucrado en actividades ilícitas y no acceden a brindar información verídica de sus documentos de identidad), lo que dificulta que el programa cuente con una estimación fiable acerca de su cobertura,

y también hace que en algunos casos, no sea posible distinguir a usuarios nuevos de los recurrentes. A esto se suma la ansiedad que caracteriza a muchos usuarios drogodependientes del programa, hace que no tengan disposición a entregar otro tipo de información en la que los equipos de CAMAD esperan indagar, de manera que la base de datos da cuenta de grandes vacíos de información debido a estas dificultades en la recolección de datos. Por último, las variables contempladas en las bases de datos han sufrido modificaciones en el tiempo, lo que si se sostiene, puede atentar contra la estabilidad de los indicadores.

Pese a lo anterior, la revisión de documentos respecto a los indicadores vigentes del programa da cuenta que existe un reconocimiento instalado respecto a la importancia de los indicadores dentro de la estrategia de monitoreo, aunque se observan confusiones y errores en el planteamiento de éstos. Con el fin de exponer claramente lo anterior, a continuación se discuten los indicadores de proceso que se han definido por la SDS.

1. Indicadores de cobertura

Como puede observarse en la tabla 5,6 y 7, se definen tres indicadores de cobertura especificando para cada uno, una ficha técnica que contiene información relevante en torno a éstos. Si bien es positivo la consideración de los distintos aspectos incluidos en la ficha, existen algunos aspectos que considerar. Primero, se estima que el nombre de los tres indicadores no parece adecuado, ya que todos aluden a "Número de usuarios…", aun cuando un número por sí mismo no es un indicador, sino que los métodos de cálculo más comunes son porcentaje, tasa de variación, la razón e índices y por lo tanto, el nombre debiera incluir la forma de medición correspondiente (Por ejemplo, un nombre podría ser "Porcentaje de usuarios atendidos mensualmente sobre del total de la población objetivo").

Además, en el caso del primer indicador (Tabla 4), llama la atención que el indicador se oriente a diferenciar por segmentos de la población aun cuando tras la revisión de documentos de diseño, no existen actividades ni objetivos dirigidos a distintos grupos poblacionales, en este sentido es clave considerar el objetivo o actividad del que está dando cuenta el indicador. Luego, salta a la vista que el "significado" que se menciona, se distancia del que tendría el indicador propuesto, puesto que si se busca que éste indique efectivamente la "ampliación de la cobertura de la estrategia CAMAD", debiera plantearse como una tasa de variación que no diferencie por segmentos poblacionales. Luego, lo mencionado respecto a la información acerca de la línea de base ("número absoluto") no aporta información sustantiva y debiera especificarse claramente. Con respecto al cálculo, se observa que éste no se define correctamente, ya que se debiera especificar claramente el método de cálculo, que debe ser una expresión matemática definida de manera adecuada y de fácil comprensión, de manera que queden claras las variables y datos utilizados para obtener la cifra del indicador. Respecto a la periodicidad, se estima que todo indicador de procesos, debido a que están orientado a monitorear de cerca la ejecución y actividades, debieran considerar una frecuencia de medición mayor a la de un año, idealmente mensual.

Tabla 5. Indicador de cobertura por segmentos poblacionales

2	**Diseñar, implementar y evaluar un programa de salud mental comunitaria, coherente con el modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud en el Distrito Capital**		
	1	Nombre	No. de usuarios atendidos por la estrategia CAMAD según segmento de población
	2	Tipo	Proceso
	3	Significado	Ampliación de la cobertura de la estrategia CAMAD
	4	Línea de base	Número absoluto
	5	Unidad de Medida	No. De usuarios según segmento de población
	6	Cálculo	No. De usuarios según segmento de población
	7	Fuente de Información	Base de datos CAMAD Nivel Central
	8	Periodicidad	Anual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital; local y según segmento de población
	10	Responsable	Equipo CAMAD
	11	Medio de verificación	Base de datos CAMAD Nivel Central - Soportes en enivel local

Fuente: Documento "Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud"

Ahora bien, un segundo indicador de cobertura se orienta a cuantificar el incremento de la población general (sin distinguir por segmentos poblacionales) atendida por CAMAD. Para este indicador el cálculo indicado tampoco resulta apropiado, fundamentalmente porque si se busca evaluar el incremento de la cobertura en un periodo de tiempo, debiera estimarse una tasa de variación. Podría resultar útil para la gestión del programa conocer esta cobertura de forma mensual.

Finalmente, el último indicador de cobertura se orienta a captar la ampliación de cobertura de usuarios consumidores de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, para este indicador también es cierto que debiera contemplarse como una tasa de variación, al mismo tiempo, que su cálculo mensual podría dar información relevante respecto a cómo los equipos logran convocar a la población objetivo.

Tabla 6. Indicador de cobertura por segmentos poblacionales

	Ampliación de la cobertura en la atenciòn de usuarios por parte de la Estrategia CAMAD		
	1	Nombre	No. de usuarios atendidos por la estrategia CAMAD
	2	Tipo	Proceso
	3	Significado	Da cuenta de la ampliación de numero de usuarios atendidos por la estrategia CAMAD
	4	Línea de base	2012
	5	Unidad de Medida	Sustracciòn
	6	Cálculo	No. De usuarios atendidos por la Estrategia CAMAD en el periodo (año) - No. De usuarios atendidos por la Estrategia CAMAD en el periodo anterior(año)
	7	Fuente de Información	Base de datos CAMAD Nivel Central
	8	Periodicidad	Anual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital
	10	Responsable	Sistema de Informaciòn -Equipo CAMAD
13	11	Medio de verificación	Base de datos CAMAD Nivel Central - Soportes en enivel local

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

Tabla 7. Indicador de cobertura por segmentos poblacionales

	Ampliación de la cobertura en la atenciòn de de usuarios consumidores de SPA por parte de la Estrategia CAMAD		
	1	Nombre	No. de usuarios con con consumo de SPA atendidos por la estrategia CAMAD
	2	Tipo	Resultado
	3	Significado	Da cuenta de la ampliación de numero de usuarios consumidores de SPA atendidos por la estrategia CAMAD
	4	Línea de base	Año 2012
	5	Unidad de Medida	Sustracciòn
	6	Cálculo	No. De usuarios consumidores de SPA atendidos por la Estrategia CAMAD en el periodo (año) - No. De usuarios consumidores de SPA atendidos por la Estrategia CAMAD en el periodo anterior(año)
14	7	Fuente de Información	Base de Datos CAMAD Nivel Central
	8	Periodicidad	Anual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital
	10	Responsable	Equipo CAMAD
	11	Medio de verificación	Base de datos CAMAD Nivel Central - Soportes en nivel local
	12	Tamaño muestral	No se requiere (Total aplicado)

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

2. Indicador de actividades de prevención del consumo de drogas

En primer lugar, se debe resaltar que este indicador es definido como un indicador de resultados del programa, aun cuando – si nos orientamos por su nombre- se orienta a evaluar las actividades de prevención. No obstante, e puede ver que lo propuesto en la ficha técnica no es coherente, ya que si bien en el nombre se define la prevención, su "significado" alude a la "participación de usuarios por segmento poblacional", y luego en el "calculo" se consideran las "canalizaciones efectivas de los usuarios", de manera que no queda claro el foco que busca medir este indicador. Nuevamente salta a la vista que la periodicidad contemplada parece demasiado amplia para medir la gestión del programa en torno a la prevención.

Tabla 8. Indicador de actividades de prevención del consumo de drogas

1	Participación segmento de población ciclo vital al cual se le realizan acciones de prevención en riesgo de consumo de SPA.		
	1	Nombre	Porcentaje de usuarios de ciclo vital infancia, adolescencia y juventud para su atención integral de prevención en riesgo de consumo
	2	Tipo	Resultado
	3	Significado	Participación de usuarios por segmento poblacional ciclo vital
	4	Línea de base	Años 2012, 2013 2014 y 2015
	5	Unidad de Medida	Porcentaje
	6	Cálculo	Numerador: No Usuarios canalizados efectivamente
			Denominador: No Total de usuarios captados
			Factor de interpretación: 100
			No Usuarios canalizados efectivamente / No Total de usuarios captados * 100
	7	Fuente de Información	Base de datos CAMAD Nivel central
	8	Periodicidad	Anual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital
	10	Responsable	equipo CAMAD
	11	Medio de verificación	Base de datos CAMAD Nivel Central - Soportes en enivel local

Fuente: Documento "Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud"

3. Indicador de canalizaciones efectivas

Este indicador se define como un indicador de resultado, aun cuando apunta a los procesos, ya que en distintas vigencias se pudo observar que una de las actividades planificadas es la canalización a redes institucionales asistenciales y/o complementarias de salud de la red pública y/o privada. Lo contenido en la ficha técnica para este indicador resulta bastante coherente. No obstante, el nombre del indicador debiera ser el de "Porcentaje" y no de "proporción" dada su fórmula de cálculo. Asimismo, se debiera especificar el tipo de canalizaciones a las que refiere (si a la red pública y/o privada en general, por ejemplo). Y una vez más la periodicidad parece demasiado amplia para evaluar la gestión del programa.

Tabla 9. Indicador de canalizaciones efectivas

3	Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de los habitantes de calle que participan en las acciones colectivas		
	1	Nombre	Proporción de usuarios canalizados efectivamente para su atención integral a partir de la identificación de las necesidades referidas por el mismo
	2	Tipo	Resultado
	3	Significado	No. de usuarios canalizados a dos o más solicitudes de atención requeridas
	4	Línea de base	Año 2012, 2013, 2014 junio de 2015
	5	Unidad de Medida	Porcentaje
	6	Cálculo	Numerador: No Usuarios canalizados efectivamente
			Denominador: No Total de usuarios captados
			Factor de interpretación: 100
			No Usuarios canalizados efectivamente / No Total de usuarios captados * 100
	7	Fuente de Información	Base de Datos CAMAD Nivel Central
	8	Periodicidad	Anual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital
	10	Responsable	Equipo CAMAD
	11	Medio de verificación	Base de datos CAMAD Nivel Central - Soportes en nivel local
	12	Tamaño muestral	No requiere (Total aplicativo)

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

Este indicador, bastante similar al anterior, parece poner el foco en el incremento de las canalizaciones, por lo debiera contemplar como método de cálculo una tasa de variación. En este caso también la periodicidad contemplada parece muy amplia, ya que podría resultar útil monitorear mes a mes cómo varía la capacidad de los equipos para canalizar a los usuarios.

Tabla 10. Indicador sobre aplicación de pruebas de tamizaje de VIH

12	Ampliación de cobertura en el acceso de usuarios de la Estrategia CAMAD a servicios sociales y de salud de acuerdo a la identificación de necesida		
	1	Nombre	Numero de Canalizaciónes de población atendida por la estrategia CAMAD a servicios sociales y de Salud de acuerdo a la identificación de necesidades.
	2	Tipo	Resultado
	3	Significado	Incremento en las canalizaciones a servicios sociales y de Salud a los usuarios del CAMAD de acuerdo a la identificación de necesidades.
	4	Línea de base	Año 2012
	5	Unidad de Medida	Numero absoluto
	6	Cálculo	Número de usuarios de la estratetegia CAMAD canalizados a servicios sociales y de salud en el periodo
	7	Fuente de Información	Base de Datos Estrategia CAMAD Secretaría Distrital de Salud
	8	Periodicidad	Anual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital-Local
	10	Responsable	Sistema de informaciòn estrategia CAMAD Distrital
	11	Medio de verificación	Base de datos CAMAD Nivel Central
	12	Tamaño muestral	No se requiere (Total aplicado)

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

4. Indicador sobre aplicación de pruebas de tamizaje de VIH

En primer lugar, el nombre del indicador no parece claro, ya que todo indicador debe incorporar tanto el método de cálculo que contempla (en este caso sería una tasa) como el periodo. En este sentido, el cálculo contemplado (sustracción) es adecuado, ya que si lo que importa es evaluar el incremento, debiera contemplarse una tasa de variación, que expresa un cambio relativo en el tiempo, a través del cociente de dos observaciones de una misma variable en diferentes periodos. Además se debe definir si el foco del indicador es la “detección de casos probables” o “las pruebas realizadas”, ya que se mencionan ambos. La unidad de medida parece incoherente (“sustracción”), ya que en este caso apunta a que tanto numerador como denominador se cuantifican o miden a través de la misma unidad: número de pruebas de tamizaje. La periodicidad parece una vez más demasiado amplia para monitorear la gestión. Por último, se observa que la ficha para este indicador suma información de “tamaño muestral”, que no está considerada en las otras fichas revisadas y no aporta información relevante.

Tabla 11. Indicador sobre aplicación de pruebas de tamizaje de VIH

4	Aumentar el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH en el desarrollo de la estrategia CAMAD		
	1	Nombre	Incremento en el número de pruebas de tamizaje voluntarias para VIH realizadas.
	2	Tipo	Proceso
	3	Significado	Da cuenta del incremento anual en la detección de casos probables de VIH a través de pruebas tamiz
	4	Línea de base	Año 2013
	5	Unidad de Medida	Sustracción
	6	Cálculo	Minuendo: Número de pruebas de tamizaje de VIH realizadas en el desarrollo de la estrategia CAMAD 2014.
			Sustraendo: Número de pruebas de tamizaje de VIH realizadas en el desarrollo de la estrategia CAMAD 2013
			Diferencia: Resultado
	7	Fuente de Información	Base de datos Estrategia CAMAD Distrital
	8	Periodicidad	Anual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital
	10	Responsable	Equipo CAMAD en coordinación con Salud Sexual y Reproductiva
	11	Medio de verificación	Base de datos estrategia CAMAD. Secretaría Distrital de Salud
	12	Tamaño muestral	No se requiere (Total aplicado)

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

5. Indicador sobre aplicación de pruebas de tamizaje de tuberculosis

Para este indicador son válidas la mayoría de las observaciones realizadas para el indicador anterior. Aunque se debe notar que este indicador se considera de resultado (como si apuntara a la evaluación del propósito), aun cuando apunta a medir los procesos. Una diferencia es que el método de cálculo contemplado para este indicador es un porcentaje y no una tasa de cambio.

Tabla 12. Indicador sobre aplicación de pruebas de tamizaje de VIH

5	Aumentar el número de canalizaciones para la realización de pruebas de tamizaje para la detección de Tuberculosis (TBC) en población Ciudadana Habitante de Calle en el desarrollo de la estrategia CAMAD		
	1	Nombre	Incremento en el número de canalizaciones para la realización de pruebas de tamizaje de Tuberculosis (TBC) realizadas en Población Ciudadana Habitante de Calle de acuerdo a criterio epidemiológico del evento.
	2	Tipo	Resultado
	3	Significado	Da cuenta del porcentaje de canalizaciones para la realización de tamizajes de Tuberculosis (TBC) realizados a Ciudadanos habitantes de calle con criterio epidemiológico para el evento
	4	Línea de base	Año 2013
	5	Unidad de Medida	Proporción
	6	Cálculo	Numerador: Número de canalizaciones para la realización de tamizajes de TBC realizados a usuarios CHC sintomáticos respiratorios en el periodo. Denominador: Número Total de usuarios CHC atendidos en el periodo por la Estrategia CAMAD Factor de interpretación: 100
	7	Fuente de Información	Base de datos estrategia CAMAD. Secretaría Distrital de Salud
	8	Periodicidad	Anual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital
	10	Responsable	Equipo CAMAD en coordinación con Salud Sexual y Reproductiva
	11	Medio de verificación	Base de datos estrategia CAMAD. Secretaría Distrital de Salud
	12	Tamaño muestra	No se requiere (Total aplicado)

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

6. Indicadores de oportunidad de entrega y calidad base de datos

Estos indicadores de procesos parecen bien definidos, aunque en ambos casos no corresponden a una “proporción” (como lo indica su nombre) sino a un porcentaje, si se tiene en cuenta el cálculo propuesto en las fichas (Ver Tabla 10 y 11). Solo se debe hacer la apreciación de que ambos indicadores tienen sentido en un nivel de desagregación distrital y no local (ya que cada unidad móvil maneja una base de datos).

Tabla 13. Indicador de oportunidad de entrega de base de datos

Nº	INDICADORES ESTRATEGIA CAMAD		
9	**Oportunidad en la entrega de información CAMAD**		
	1	Nombre	Proporción de bases CAMAD local entregadas con oportunidad
	2	Tipo	Proceso
	3	Significado	oportunidad en la consolidación de la información a nivel central
	4	Línea de base	Número absoluto (en contrucción-mensual)
	5	Unidad de Medida	Proporción
	6	Cálculo	Numerador: No. de bases de datos de los CAMAD local entregadas con oportunidad Denominador: No. total de bases de datos de los CAMAD funcionando Factor de interpretación: 100 No. de bases de datos de los CAMAD local entregadas con oportunidad /No. total de bases de datos de los CAMAD recibidas *100
	7	Fuente de Información	Sistemas de Información CAMAD Nivel Central
	8	Periodicidad	Mensual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital; local
	10	Responsable	Equipo CAMAD Local-Distrital
	11	Medio de verificación	Soporte medio magnetico del envio-Base de datos CAMAD Nivel Central

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

Tabla 14. Indicador de oportunidad de entrega de base de datos

	Seguimineto a la calidad en la información generada por la Estrategia CAMAD		
10	1	Nombre	Proporción de bases CAMAD con porcentaje de error no superior al 5%
	2	Tipo	Proceso
	3	Significado	Calidad en la información de la estrategia CAMAD local enviada a nivel central
	4	Línea de base	(en contrucción-mensual)
	5	Unidad de Medida	Proporción
	6	Cálculo	Numerador: No. de bases de datos CAMAD local entregadas con callidad no inferior al 95% Denominador: No. total de bases de datos de los CAMAD recepcionadas Factor de interpretación: 100 No. de bases de datos CAMAD local entregadas con callidad no inferior al 95% /No.
	7	Fuente de Información	Sistemas de Información y Base de datos CAMAD Nivel Central
	8	Periodicidad	Mensual
	9	Nivel de Desagregación	Local y Distrital
	10	Responsable	Equipo CAMAD Local-Distrital
	11	Medio de verificación	Base de datos CAMAD Nivel Central
	12	Tamaño muestral	No se requiere (Total aplicado)

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

7. Indicador de oportunidad de entrega de informes de gestión

Con este indicador sucede algo muy similar que lo comentado para los últimos dos indicadores revisados: su nombre debiera aludir a porcentaje y no a una proporción y tiene sentido a nivel de distrito y no localmente.

Tabla 15. Indicador de oportunidad de entrega de informes de gestión

11	**portunidad en el envio de informes de gestión CAMAD**		
	1	Nombre	Proporción de informes de gestión CAMAD local entregados con oportunidad
	2	Tipo	Proceso
	3	Significado	Oportunidad en la revisión y consolidación de la información a nivel central
	4	Línea de base	Número absoluto (en contrucción-mensual)
	5	Unidad de Medida	Proporción
	6	Cálculo	Numerador: No. de informes de gestión de los CAMAD local entregadas con oportunidad Denominador: No. total de informes de gestión de los CAMAD recibidos Factor de interpretación: 100
	7	Fuente de Información	Equipo de coordinación CAMAD Nivel Central
	8	Periodicidad	Mensual
	9	Nivel de Desagregación	Distrital; local
	10	Responsable	Equipo CAMAD Local-Distrital
	11	Medio de verificación	Soporte medio magnetico del envio
	12	Tamaño muestral	No se requiere (Total aplicado)

Fuente: Documento “Indicadores de gestión y resultado, Secretaría Distrital de Salud”

VI. CONCLUSIONES

A lo largo de este informe se ha expuesto en profundidad la labor realizada por los equipos ejecutores, dejando ver sus fortalezas y las limitaciones que deben enfrentar de forma cotidiana. En este sentido, se debe hacer notar que además de las actividades que los equipos deben llevar a cabo para lograr los objetivos propuestos en la planificación, se lograron visibilizar una serie de estrategias y mecanismos que constituyen buenas prácticas desarrolladas por los ejecutores, que no se encuentran documentadas en ningún documento formal. De manera que este ejercicio de recopilación del desempeño de cada CAMAD estudiado (Bronx, Kennedy, Sur y Cárcel), abre la puerta para la difusión de esta experiencia, que resulta especialmente rica porque entrega evidencia acerca de un fenómeno poco estudiado, como es el consumo de sustancias psicoactivas, y sobre la intervención en una población oculta inserta en un contexto de marginalidad y narcotráfico, que vuelve al programa CAMAD un antecedente excepcional.

Al mismo tiempo, se dedicó especial atención a evidenciar la distancia entre la planificación del programa y cómo ésta "se traduce" en la práctica de cada uno de los equipos ejecutores. Si bien algunas de estas modificaciones se valoran como aportes, en el sentido que son respuestas ad-hoc a las necesidades de cada localidad en la que se insertan los CAMAD, existen otras que limitan la estandarización de los servicios prestados a los usuarios en las distintas unidades móviles y debilitan la coherencia del programa. Éstas últimas, son particularidades que surgen debido a la gestión y decisiones a nivel de los distintos hospitales que ejecutan el programa, así como de los coordinadores locales y distritales del programa.

Otro aspecto de gran importancia expuesto, es la forma en que factores internos y externos afectan la implementación del programa. Así, se pudo evidenciar cómo varios de éstos impactan de forma negativa la implementación, como las condiciones laborales de los equipos ejecutores, las deficiencias en la articulación institucional y la falta de recursos; mientras que otros influyen de manera positiva, como las práctica de autocuidado de los equipos, el capital humano que se ha ido desarrollando con los años de despliegue de la estrategia CAMAD y el gran compromiso de los ejecutores que les permite sobrellevar las múltiples dificultades asociadas a su trabajo.

Otro aspecto crucial en la evaluación de procesos del programa es cómo es planificado y ejecutado el sistema de monitoreo de la gestión. De esta manera, se documentaron las actividades llevadas a cabo tanto por los equipos ejecutores para dar cuenta de su desempeño, como por las autoridades distritales para supervisar, acompañar y asesorar la implementación. Asimismo, se dio cuenta de que las metas de gestión son un nodo problemático desde la perspectiva de los equipos ejecutores ya que interfiere con la calidad de la atención que entregan, por lo que se espera poder abrir el debate en esta materia.

Finalmente, se dedicó un apartado especial a los indicadores de procesos, ya que éstos permiten contar con medidas sintéticas y estables en el tiempo respecto al desempeño del programa. Por eso se revisaron y discutieron las debilidades de los indicadores de procesos definidos por la Secretaría

Distrital de Salud, enfatizando en cómo estos podrían mejorarse para aportar sustantivamente al monitoreo de la ejecución del programa.