

**INFORME FINAL
CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. 147 (SDP) y 3260 (SDIS)**

**ENCUESTA DISTRITAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD
BOGOTÁ - 2011**

**PROFAMILIA
SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN
SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL**

Bogotá, 2011



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	7
1. Aspectos Generales	7
1.1 Título de la investigación.....	7
1.2. Resumen	7
1.3. Planteamiento del problema.....	7
1.4. Justificación y uso de los resultados.....	8
2. Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011	8
2.1. Objetivo General	8
2.1.1. <i>Objetivos Específicos EDDS</i>	8
2.2. Metodología	9
2.2.1. <i>Tipo de estudio</i>	9
2.2.2. <i>Población del estudio</i>	9
2.2.3. <i>Muestra</i>	9
2.2.4. <i>Prueba piloto</i>	11
2.2.5. <i>Capacitación</i>	11
2.2.6. <i>Instrumentos de recolección de la información</i>	12
2.2.7. <i>Cuestionarios</i>	12
2.3. Trabajo de campo.....	12
2.3.1. <i>Plan del trabajo de campo</i>	13
2.4. Plan de análisis de los resultados.....	14
2.4.1. <i>Procesamiento y análisis</i>	14
2.4.2. <i>Aplicaciones</i>	14
CAPÍTULO II. DISEÑO MUESTRAL	15
1. Universo del estudio.....	15
2. Unidades de muestreo	15
3. Unidades de observación y de análisis.....	15
4. Selección de la muestra.....	17
4.1. Selección de manzanas.....	17
4.2. <i>Identificación de las áreas de muestreo y selección de los segmentos</i>	17
5. <i>Tamaño de la muestra y precisión esperada</i>	18
6. Procedimientos de estimación e los resultados.....	19
CAPÍTULO III. PLAN DE ANÁLISIS	22
1. Descripción general	22
2. Fase I. Análisis comparado	22
2.1. Variables Analíticas e indicadores.....	22
2.2. Localidades	25
3. Fase II. Análisis temático	25
3.1. Eje temático. Características generales de los hogares y de la población.....	27
3.1.1. <i>Características de las viviendas y de los hogares</i>	27
3.1.2. <i>Características de la población de los hogares</i>	27

3.1.3. Seguridad alimentaria en los hogares	28
3.2. Eje temático. Características generales y situación de las mujeres en edad fértil	28
3.2.1. Características generales de las mujeres en edad fértil.....	29
3.3. Eje temático. Fecundidad.....	29
3.4. Eje temático. Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos	30
3.5. Eje temático. Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo	31
3.6. Eje temático. Preferencias sobre fecundidad y demanda de planificación familiar	31
3.7. Eje temático. Mortalidad Infantil y en la niñez	32
3.8. Eje temático. Salud materno-infantil	32
3.9. Eje temático. Lactancia y estado nutricional.....	33
3.10. Eje temático. Conocimiento de VIH/Sida y otras ITS y formas de prevención	34
3.11. Eje temático. Violencia contra las mujeres y los niños, niñas y adolescentes.....	36
3.12. Eje temático. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y acceso a los servicios de salud.....	37
3.13. Eje temático. Detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama.....	37
3.14. Eje temático. Percepción de la educación sexual de las mujeres en edad fértil	39
3.15. Eje temático. Adulto mayor	40
CAPÍTULO IV. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE CAMPO	42
1. Aspectos generales.....	42
1.1. Objetivos	42
1.2. Componentes del protocolo de supervisión del operativo de campo.....	42
2. Metodología	43
3. Instrumentos de supervisión.....	43
3.1. Formato para supervisar a la Supervisora	43
3.2. Formato para supervisar a la Encuestadoray Antropometrista.....	45
3.3. Formato para supervisar al Equipo de Trabajo.....	46
CAPÍTULO IV. OPERATIVO DE CAMPO.....	48
1. Planeación	48
1.1. Definición de los formularios	48
1.2. Elaboración de manuales	48
1.3. Curso de capacitación	48
1.3.1. Entrenamiento en temas y conceptos generales	48
1.3.2. Entrenamiento en el concepto de muestra y manejo cartográfico.....	49
1.3.3. Entrenamiento en el manejo de manuales y formatos de control.....	49
1.3.4. Entrenamiento específico en la formas de llevar a cabo una entrevista y en el manejo de los formularios para cada uno de los temas.....	49
1.3.5. Entrenamiento en el manejo de CAPI	49
1.3.6. Práctica en el manejo de los procedimientos, formularios y formatos en el campo	50
1.3.7. Evaluaciones escritas y orales	50
1.4. Estandarización y calibración del personal y equipos.....	50

1.4.1.	<i>Supervisora y encuestadora</i>	50
1.4.2.	<i>Antropometrista</i>	51
1.4.3.	<i>Balanzas</i>	51
2.	Prueba Piloto	51
2.1.	Consideraciones generales sobre la prueba piloto	52
3.	Preparación del operativo de campo	52
	Logística de salida inicial	52
	Logística de llegada intermedia.....	52
	Logística de salida intermedia	52
	Recepción de la información	52
	Supervisión del trabajo de campo.....	52
	Logística de llegada final/	53
4.	Ejecución del operativo de campo	53
4.1.	Desagregación del operativo de campo por localidad	53
5.	Evaluación operativo de campo	72
5.1.	Supervisión	73
5.1.1.	<i>Control de calidad de proceso y datos</i>	75
5.1.2.	<i>Cobertura y encuestas</i>	76
5.1.3.	<i>Rechazos</i>	76
6.	Balance general del operativo de campo: problemas, limitaciones y soluciones	77
6.1.	Problemas y limitaciones.....	77
6.2.	Soluciones.....	78
6.3.	Consideraciones generales.....	78
6.4.	Recomendaciones	78
CAPÍTULO VI. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN. BASES DE DATOS		79
1.	Metodología	79
2.	Flujo de la información.....	79
2.1.	En el campo	79
2.2.	En la Oficina Central de Profamilia.....	80
3.	Manejo de la base de datos de la EDDS	80
CAPÍTULO VII. DIVULGACIÓN DE LA ENCUESTA DISTRITAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD		82
1.	Informe presentación de resultados EDDS 2011.....	82
CAPÍTULO VIII. INFORME ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		82
ANEXOS		86
Capítulo I. Protocolo de investigación.....		86
Anexo 1.	Cuestionario de hogar.....	86
Anexo 2.	Cuestionario individual	86
Anexo 3.	Cuestionario sobre prevención del cáncer de cuello uterino y mama	86
Anexo 4.	Cuestionario de adulto mayor	86
Anexo 5.	Cuestionario de antropometría	86

Capítulo III. Plan de análisis.....	86
Anexo 6. Guidelines For The Measure DHS Phase II. Main Survey Report.....	86
Capítulo IV. Protocolo de supervisión - operativo de campo	86
Anexo 7. Formato para supervisar a la supervisora.....	86
Anexo 8. Formato para supervisar a la encuestadora y antropometrista.....	86
Anexo 9. Formato para supervisar al equipo de trabajo	86
Capítulo V. Operativo de Campo.....	86
Anexo 10. Formato de reporte de estado nutricional por IMC y peso y talla	86
Anexo 11. Manual de supervisora	86
Anexo 12. Manual de encuestadora	86
Anexo 13. Manual de antropometria	86
Capítulo VII. Divulgación Encuesta Distrital de Demografía y Salud.....	86
Anexo 14. Resumen de Prensa	86
Anexo 15. Dossier	86
Capítulo VIII. Informe Financiero	86
Anexo 16. Informe administrativo, financiero y contable	86

INTRODUCCIÓN

El presente documento es el Informe Final del Convenio de Asociación No.147 (SDP) y 3260 (SDIS) de 2010 celebrado entre El Distrito Capital Secretaría Distrital de Planeación, Secretaría Distrital de Integración Social y la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia; el cual tiene por objeto aunar recursos financieros, técnicos y operativos, entre las partes, para la realización de la Encuesta Distrital de Demografía y Salud - Edds 2011, por localidad en el Distrito Capital.

El convenio se desarrollo entre agosto de 2010 y agosto de 2011, período durante el cual se llevaron a cabo las actividades que contiene el presente informe: a) diseño del protocolo de investigación; b) diseño de la muestra; c) elaboración y aplicación del protocolo del supervisión del operativo de campo para el levantamiento de la información; d) desarrollo del operativo de campo; e) procesamiento de la información; f) elaboración y ejecución del plan de análisis; y g) elaboración del documento final y difusión de los resultados.

Para el presente estudio se contó con el apoyo y retroalimentación oportuna y permanente de un Comité Técnico que en su carácter interinstitucional y multidisciplinario desde la fase de planificación y diseño de la encuesta, hasta la presentación del informe final, proporcionó luces de trascendental importancia, y se mantuvo vigilante de la calidad del estudio y de la confiabilidad de los datos.

Las principales funciones o responsabilidades del Comité eran: 1) Analizar y aprobar el contenido de los diferentes cuestionarios; 2) Analizar y aprobar las diferentes etapas del estudio; 3) Analizar y aprobar los manuales a ser utilizados durante el trabajo de campo y; 4) Colaborar en todos los aspectos relacionados con la coordinación interinstitucional.

Las entidades que conformaron el Comité Técnico eran: Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento Nacional de Planeación, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Universidad de Los Andes, Fundación Santa Fe, Universidad Nacional, Secretaria Distrital de Planeación de Bogotá D.C., Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, la Universidad Javeriana y Coldeportes.

El presente documento tiene ocho (8) capítulos seis (6) de los cuales corresponden al informe técnico, uno (1) al informe de difusión de los resultados y el último es el informe de la ejecución presupuestal (administrativo y financiero).

Como ya se mencionó, el presente es el informe técnico y financiero del Convenio de Asociación No.147 (SDP) y 3260 (SDIS) de 2010 y es a su vez un ejercicio de documentación de la producción de una herramienta de vital importancia para el desarrollo de planes, proyectos, programas y políticas que propendan por la garantía del derecho a la salud de la población colombiana y de los derechos sexuales y derecho reproductivos de las mujeres en edad fértil. Así como un ejemplo de articulación entre la empresa privada (Profamilia) y el sector público; de intersectorialidad al ser partícipes del estudio el Distrito Capital Secretaría Distrital de Planeación y Secretaría Distrital de Integración Social.

CAPÍTULO I. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

1. Aspectos Generales

1.1 Título de la investigación

Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011 (EDDS 2011).

1.2. Resumen

El objetivo general del estudio cuantitativo es obtener información para Bogotá y cada una de las localidades sobre aspectos demográficos y de salud de la población, relacionados con los objetivos de la política nacional de salud sexual y reproductiva y con la situación nutricional de la población colombiana. La EDDS es un estudio de cobertura para Bogotá y para cada una de sus localidades.

El universo del estudio está constituido por el 100 por ciento de la población civil residente en hogares particulares de las zonas urbana y rural de Bogotá. La muestra para la EDDS es probabilística, de conglomerados y polietápica; la selección en cada una de las etapas es estrictamente aleatoria. La muestra comprende cerca de 12.000 hogares.

El tamaño de la muestra se estableció con base en el requerimiento de mayor precisión en la estimación de los indicadores de salud sexual y reproductiva a nivel de localidades. Tomando como base la precisión encontrada en la ENDS 2005, se ajustó el número de hogares en cada localidad para asegurar que el error estándar relativo de la estimación de indicadores, con una prevalencia del 20 por ciento en cada localidad, fuera igual o inferior al 20 por ciento.

La recolección de la información sobre las características de los hogares, las personas, las mujeres en edad reproductiva y la situación nutricional por antropometría de las y los bogotanos se realizara en aproximadamente un año, y los procesos de sistematización, depuración, tabulación y análisis otros seis meses.

1.3. Planteamiento del problema

La rapidez de los cambios demográficos y de las variables relacionadas con la salud de la población, pero especialmente las de la mujer y los niños, niñas y adolescentes producidos en el país en las últimas décadas, lleva a la necesidad de contar con información válida y oportuna, con el objeto de poder medir dichos cambios y los factores que han incidido en ellos; información ésta que sirva de base para la evaluación de los diferentes planes y proyectos que se desarrollan en el país, especialmente los de carácter de desarrollo socioeconómico y social dirigidos a los grupos poblacionales con algún tipo de vulnerabilidad; así como también, en la definición de nuevas políticas y proyectos que se requieran para el alcance de los objetivos y metas del gobierno nacional, instituciones privadas y organismos internacionales.

Las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de 1990, 1995, 2000 y 2005, se han desarrollado con el objetivo de mejorar e institucionalizar la recolección y utilización de la información requerida para evaluar los programas de salud, la sexual y reproductiva, y tomar las decisiones

requeridas de política y relacionadas con los diferentes proyectos, planes y programas que se desarrollan.

1.4. Justificación y uso de los resultados

Uno de los propósitos del centro de investigación de Profamilia¹ es realizar la ENDS cada cinco años, este periodo es adecuado para obtener información que permita medir cambios en las variables demográficas y evaluar y hacer los ajustes necesarios en los programas de salud y obtener datos e información actualizados en población, salud, salud sexual y salud reproductiva y nutrición.

Las encuestas realizadas anteriormente, han sido muy utilizadas en los últimos años por gran cantidad de investigadores, directores de programas y proyectos e instituciones que requieren información sobre estos tópicos. Sus resultados han alertado sobre el rumbo de ciertas variables, como es el caso del incremento real de la fecundidad de las adolescentes, el crecimiento de la pobreza, la deserción escolar de los últimos años y el incremento de la violencia contra las mujeres. De igual manera, se ha utilizado para expandir los datos sobre uso de métodos anticonceptivos por departamentos, así como para dar cuenta de las tasas de fecundidad total y mortalidad infantil a nivel departamental y municipalidad.

2. Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011

2.1. *Objetivo General*

El objetivo general de la EDDS - BOGOTÁ es obtener información actualizada sobre aspectos demográficos y de salud de la población de Bogotá y de las 20 localidades.

2.1.1. *Objetivos Específicos EDDS*

- Analizar las características de la población y de los hogares.
- Estudiar las características y situación de las mujeres en edad fértil.
- Establecer los niveles y tendencias de la fecundidad.
- Determinar el nivel de conocimiento, la prevalencia y tendencias del uso de métodos anticonceptivos y su fuente de obtención.
- Identificar las tendencias de nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo.
- Definir las preferencias de fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos.
- Establecer los niveles y tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez.
- Analizar los niveles de conocimiento y uso de citología vaginal, del examen médico y autoexamen de seno y de la mamografía.
- Determinar la situación, los niveles y tendencias del uso de los servicios de salud materno e infantil.

¹Profamilia es una entidad privada, sin ánimo de lucro, afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), con la mayor experiencia en el campo de la salud sexual y reproductiva en Colombia; considerada una institución piloto a nivel mundial en este campo. Su acción es de gran amplitud, puesto que además de la información y servicios en sus clínicas femeninas, masculinas, centros para jóvenes y consultorios jurídicos, localizados a lo largo del territorio nacional, distribuye una gran gama de productos para la salud sexual y salud reproductiva.

- Obtener indicadores sobre las prácticas de la lactancia materna y del estado nutricional por antropometría de los niños y niñas menores de cinco años y sus madres.
- Establecer la prevalencia de IRA y EDA, así como de los niveles de inmunización de los niños y niñas menores de cinco años.
- Obtener indicadores sobre desarrollo infantil temprano de los niños y niñas menores de cinco años.
- Obtener indicadores sobre el programa de Educación Sexual.
- Estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida.
- Estimar los niveles de violencia contra las mujeres y los niños.
- Identificar los niveles de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus características y tendencias.
- Obtener indicadores sobre la situación familiar, económica y de salud del adulto mayor.
- Identificar el estado nutricional de la población colombiana de 0 a 64 años mediante la evaluación de indicadores antropométricos.
- Evaluar en la población colombiana factores y determinantes demográficos, socio-económicos, ambientales, estilos de vida y de salud-enfermedad que están asociados con el estado nutricional.

2.2. Metodología

2.2.1. Tipo de estudio

Las encuestas son estudios epidemiológicos, eminentemente descriptivos y cuantitativos.

2.2.2. Población del estudio

La EDDS - BOGOTÁ es un estudio de cobertura distrital con representatividad para cada una de las 20 localidades en forma independiente.

Para la EDDS en un primer plano se recopila información sobre las viviendas y los hogares en lo referente a su infraestructura, composición, seguridad alimentaria y características específicas de cada uno de sus miembros. En un segundo plano se obtendrá información completa de las mujeres en edad fértil (13 a 49 años de edad), su esposo o compañero (si lo tienen) y de cada uno de sus hijos menores de cinco años. En un tercer plano, se recolectará información relacionada con la citología cervicouterina y mamografía en mujeres de 18 a 69 años de edad, que hubieran tenido actividad sexual. En un cuarto plano, se recopilará información sobre la salud de las personas de 60 años y más. Finalmente se obtendrán las medidas antropométricas (peso y talla) de la población de los hogares menor de 65 años.

2.2.3. Muestra

El universo de estudio está constituido por el 100 por ciento de la población civil residente en hogares particulares de las zonas urbana y rural de Bogotá. La muestra para la EDDS - BOGOTÁ es probabilística, de conglomerados y polietápica; la selección en cada una de las etapas es estrictamente aleatoria.

La muestra comprende cerca de 12.000 hogares; el tamaño de la muestra se estableció con base en el requerimiento de mayor precisión en la estimación de los indicadores de salud sexual y reproductiva a nivel de localidades, tomando como base la precisión encontrada en la ENDS-2005; se ajustó el número de hogares en cada localidad para asegurar que el error estándar relativo de la estimación de indicadores, con una prevalencia del 20 por ciento en cada localidad, fuera igual o inferior al 20 por ciento.

Dado que el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2005 presenta la información de Bogotá utilizando cartografía catastral y ésta es la de mayor uso en las instituciones distritales, se consideró pertinente utilizar como marco de muestreo la información censal y cartográfica proporcionada por la Secretaría de Planeación Distrital. Por esta razón, para la selección de segmentos en las localidades se utilizó el listado de viviendas, hogares y personas (VIHOPE) del Censo Nacional de Población de 2005 y la cartografía digital urbana y rural asociada suministradas por la Secretaría de Planeación Distrital mediante un Acuerdo de Cooperación Técnica entre esta institución y Profamilia.

Para cada localidad se calculó el número de segmentos teóricos de 10 hogares en promedio y el intervalo de muestreo (segmentos existentes sobre segmentos a ser seleccionados); sobre la distribución acumulada de segmentos teóricos se seleccionaron los segmentos de la muestra, aplicando sistemáticamente el intervalo de muestreo a partir de una primera manzana seleccionada aleatoriamente. El listado de manzanas (áreas de muestreo) seleccionadas se entregó a la Secretaría de Planeación Distrital que tuvo a su cargo su identificación en la cartografía digital. Para cada manzana seleccionada, en terreno la supervisora de campo dibujó el croquis de las edificaciones, listó las edificaciones, viviendas y hogares, determinó el número de segmentos con un tamaño promedio de 10 viviendas contiguas, seleccionó aleatoriamente un segmento, tomó las coordenadas geográficas de los segmentos utilizando un navegador GPS Garmin y, registró información relevante sobre el acceso y contactos claves para abordar los hogares para el posterior desarrollo del operativo de campo de la encuesta.

Es importante acotar que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS-2010 para Bogotá, se llevó a cabo en una submuestra de segmentos de la muestra empleada para la EDDS - BOGOTÁ. La ENDS-2010 se realizó en un total de 4.482 hogares concentrados en 400 segmentos distribuidos proporcionalmente al tamaño poblacional de las localidades. La submuestra de segmentos de la ENDS-2010 fue seleccionada sistemáticamente, con un intervalo constante aplicado al listado de segmentos por localidad de la ENDS-2010 para garantizar el cubrimiento de las localidades.

De acuerdo con los requerimientos muestrales de la ENDS-2010, el tamaño de la submuestra de la ENDS-2010 para Bogotá permitió estimaciones con una precisión del cercana al 20 por ciento para indicadores con una probabilidad de ocurrencia cercana a 0.5 a nivel del total del Distrito Capital mientras que, como se mencionó anteriormente y se puede apreciar en el Apéndice B, la muestra para la EDDS - BOGOTÁ permitió estimaciones con la misma precisión para indicadores con una probabilidad de ocurrencia cercana a 0.1 a nivel de cada localidad. La variabilidad de los resultados obtenidos entre todas las muestras que es posible seleccionar en una población se denomina error de muestreo, el cual incide en el tamaño del intervalo de confianza dentro del cual se encuentra el valor poblacional; para el caso de las dos muestras, la mayor precisión de la EDDS - BOGOTÁ resulta del mayor requerimiento de tamaño muestral dada la necesidad de obtener resultados a nivel de localidades.

2.2.4. Prueba piloto

La prueba piloto se desarrollará durante una semana en un municipio cerca a Bogotá. Se realizará en cuatro segmentos: dos urbanos y dos rurales con dos grupos completos de trabajo, conformado cada uno por una supervisora, cinco encuestadoras y una antropometrista. La prueba piloto se desarrollará utilizando el sistema CAPI²; y se extenderá hasta el cierre completo de los cuatro segmentos y el procesamiento de toda la información obtenida. Se preparará un informe de todos los hallazgos y se harán los ajustes pertinentes.

2.2.5. Capacitación

El reclutamiento y la capacitación o entrenamiento de las supervisoras y encuestadoras es una de las etapas más importantes del estudio, si no se cuenta con personal con un óptimo nivel educativo, experiencia y entrenado, se pone en riesgo la calidad de la información que se recolecta y por ende la de la investigación. Por este motivo para Profamilia es uno de los componentes del estudio de mayor importancia.

Para la EDDS - BOGOTÁ, la duración de la capacitación del personal de campo es de 45 días aproximadamente, tiempo completo. Durante la primera parte del curso se tratarán aspectos generales que incluyen:

- Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Indicadores de calidad de vida.
- Anticoncepción.
- Indicadores de la infancia.
- Prevención de cáncer de cuello uterino y de mama.
- Lactancia materna.
- Antropometría y valoración de estado nutricional.
- Alimentación complementaria de la lactancia materna.
- Salud infantil.
- Atención de riesgos de embarazo, parto y post-parto.
- Violencia intrafamiliar.
- VIH/Sida.
- Demografía e indicadores demográficos.
- Encuestas por muestreo.
- Contratación de personal.

Una vez terminados los temas anteriores, se da una explicación minuciosa de la parte operativa de la encuesta, específicamente en la definición de las responsabilidades y funciones de cada una de las funcionarias y condiciones del contrato. Posteriormente, se entrenará a todo el personal sobre el manejo de la muestra: parámetros, normas y definiciones. Durante la explicación de estos aspectos se hace énfasis en las definiciones de segmento, hogar y vivienda.

² CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing) es un sistema de entrevista asistida por un computador.

En tercer lugar se trabajará en los cuestionarios: a) cuestionario de hogar (incluye seguridad alimentaria), b) cuestionario individual; c) cuestionario de prevención de cáncer de mama y del cuello uterino; d) cuestionario de adulto mayor; e) cuestionario de peso y talla. Se explica la importancia de cada pregunta, los diferentes tipos de preguntas y respuestas y el manejo de los pases y de los flujos; y se trabajan las técnicas de entrevista y manejo del calendario.

Se realiza un entrenamiento teórico y práctico sobre toma de medidas (peso, talla, circunferencia del brazo y de la cintura), al que asisten las supervisoras y antropometristas.

Cuando todo el personal tiene un buen conocimiento de los cuestionarios, se les capacita en el manejo de computadores y específicamente en cómo desarrollar la encuesta usando para ello el computador.

Una vez cumplidos todos los puntos anteriores, se procede a desarrollar prácticas mediante entrevistas simuladas, primero en frente de toda la audiencia y luego en pequeños grupos de 7 personas, en dónde las supervisoras y encuestadoras hacen la entrevista.

La práctica de las antropometristas se desarrollará en un jardín infantil del distrito y con funcionarios de Profamilia.

Durante el desarrollo de todo el entrenamiento se hacen evaluaciones escritas y prácticas, para monitorear el desempeño de todo el personal asistente al curso de entrenamiento y al finalizar se llevará a cabo una evaluación final.

2.2.6. *Instrumentos de recolección de la información*

Estos instrumentos son de la siguiente naturaleza:

- Cuestionarios y aplicación para entrada de encuestas CAPI.
- Manuales para supervisoras, encuestadoras y antropometristas.
- Hojas de control.
- Cartografía y GPS.

2.2.7. *Cuestionarios*

La EDDS se compone de cinco cuestionarios, a saber:

- Cuestionario de hogar (incluye seguridad alimentaria) (ver anexo 1)
- Cuestionario individual (ver anexo 2)
- Cuestionario sobre prevención de cáncer de cuello uterino y mama (ver anexo 3)
- Cuestionario de adulto mayor (ver anexo 4)
- Cuestionario de peso y talla (ver anexo 5)

2.3. *Trabajo de campo*

La recolección de la información se lleva a cabo en aproximadamente 10 meses de trabajo. El equipo está conformado por una coordinadora general del trabajo de campo y por diez (10)

equipos, compuestos cada uno de ellos por una supervisora, cuatro encuestadoras y una antropometrista. Antes del inicio del trabajo de campo se define un cronograma minucioso de trabajo, especificando claramente las rutas, y el tiempo de permanencia de cada grupo en las diferentes localidades.

2.3.1. Plan del trabajo de campo

Las actividades que se realizan durante el trabajo de campo son las siguientes:

Primera etapa:

- Asignación diaria de segmentos a cada encuestadora, por parte de la supervisora.
- Realización de entrevistas de hogar con computador por parte de las encuestadoras.
- Realización de entrevista individual con computador por parte de las encuestadoras.
- Realización de entrevista de citología con computador por parte de las encuestadoras.
- Realización de entrevista de adulto mayor con computador por parte de las encuestadoras.
- Realización de la entrevista de peso y talla por parte de las antropometristas.
- Revisión de inconsistencias inmediatamente terminada la entrevista.
- Corrección de inconsistencias por parte de las encuestadoras antes de salir del hogar.
- Digitación de las encuestas de peso y talla por parte de las encuestadoras.
- Diligenciamiento del formato de Control Diario de Ejecución por Segmento.
- Transmisión del trabajo diario realizado por las encuestadoras a la supervisora, por medio de Bluetooth.

Segunda etapa:

- Revisión de inconsistencias en el trabajo de las encuestadoras y antropometristas por parte de la supervisora.
- Corrección de inconsistencias por parte de las encuestadoras o antropometristas.
- Cierre de segmentos una vez los datos estén libres de inconsistencias.
- Envío de segmentos cerrados a la oficina central (departamento de Investigaciones de Profamilia), vía internet.

Tercera etapa:

- Recepción de los segmentos en el computador de la oficina central.
- Revisión de inconsistencias por segmento recibido.
- Corrección de inconsistencias finales en la oficina central.

Cuarta etapa:

- Unión de segmentos en archivo final.
- Procesamiento de datos de la EDDs para la generación de indicadores.
- Generación de archivos finales de Hogares, Características de las Personas de los Hogares, Mujeres en Edad Fértil, Niños Menores de Cinco Años, Adulto mayor, Prevención de Cáncer, Seguridad Alimentaria y Antropometría.

Las labores de la supervisora son las de distribución del trabajo entre las encuestadoras, acompañamiento durante sus recorridos, verificar que el trabajo se esté haciendo en forma correcta de acuerdo a lo indicado con veracidad absoluta y manteniendo la calidad de la

información, manejar los formatos de recorrido y de control y supervisar las mediciones antropométricas.

Se establece un plan de pagos mensual de viáticos y entrega del dinero a la supervisora para los gastos de caja menor y transporte.

Coordinación y dirección general: el departamento de Investigaciones es el responsable de aclarar todas las dudas que puedan surgir entre el personal del trabajo de campo y de aprobar todas las decisiones que se tomen durante el desarrollo dicho trabajo.

2.4. *Plan de análisis de los resultados*

2.4.1. *Procesamiento y análisis*

Para estas labores específicas se utiliza la última versión del programa CPro (Census and Survey Processing System), que maneja archivos jerárquicos y planos, verifica los rangos de las variables, detecta inconsistencias, permite hacer imputaciones de fechas de eventos y controla el flujo interno de los datos durante la entrevista. Este programa también permite convertir los archivos jerárquicos en archivos planos, para ser trabajados con otros paquetes estadísticos como el SPSS. La producción de tabulados iniciales se hará siguiendo un plan de análisis y tabulaciones, elaborado conjuntamente con los asesores técnicos de Macro International.

2.4.2. *Aplicaciones*

La aplicación CAPI consta de tres módulos básicos: entrevista, supervisión y recepción de la información.

- Aplicación para la entrevistadora. Es utilizada por las encuestadoras para el diligenciamiento de las entrevistas en campo.
- Aplicación para la supervisora. Es utilizada por las supervisoras para el control del trabajo de campo, desarrollado por las encuestadoras.
- Aplicación para la recepción de las encuestas. Es utilizada por la persona encargada del procesamiento de los datos de la encuesta en la Gerencia de Investigación, para llevar a cabo la recepción, revisión y limpieza de la información.

CAPÍTULO II. DISEÑO MUESTRAL

La EDDS - BOGOTÁ se realizó en una muestra de 12.000 hogares de las 20 localidades de Bogotá.

1. Universo del estudio

El universo de estudio para la EDDS - BOGOTÁ está constituido por el 100 por ciento de la población civil residente en hogares particulares de las 20 localidades de Bogotá. Dado que el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2005 presenta la información de Bogotá utilizando cartografía catastral y ésta es la de mayor uso en las instituciones distritales, se consideró pertinente utilizar como marco de muestreo la información censal y cartográfica proporcionada por la Secretaría de Planeación Distrital; para la selección de segmentos en las localidades se utilizó el listado de viviendas, hogares y personas (VIHOPE) del Censo Nacional de Población de 2005, el listado de predios de uso residencial de Sumapaz y la cartografía digital urbana y rural asociada suministradas por la Secretaría de Planeación Distrital mediante un Acuerdo de Cooperación Técnica entre esta institución y Profamilia.

2. Unidades de muestreo

Las unidades de muestreo de la EDDS BOGOTÁ son:

- En la primera etapa de selección: las manzanas catastrales registradas en las bases geográficas del Censo Nacional de 2005 del Departamento Nacional de Estadística DANE.
- En la segunda etapa de selección: los segmentos con un tamaño promedio de 10 viviendas en las manzanas y veredas en la zona rural de Sumapaz seleccionadas.

3. Unidades de observación y de análisis

En la EDDS - BOGOTÁ hay nueve unidades de observación y análisis:

- *Viviendas:* se considera que las condiciones de la vivienda son agentes de la salud de sus habitantes por lo tanto con las preguntas sobre vivienda se establecen, para todas las viviendas de los segmentos seleccionados, las condiciones de habitabilidad relacionadas con la conexión a servicios públicos domiciliarios, saneamiento básico, hacinamiento, y materiales predominantes en piso y paredes. El informante es cualquier persona del hogar mayor de 18 años sin discapacidad mental o física para oír y hablar dándole prelación al jefe del hogar o a su cónyuge.
- *Hogares:* para todos los hogares residentes en las viviendas seleccionadas, se consideran aspectos básicos de las personas como tipo de familia, composición de la población, nivel educativo, actividad económica, percepción del estado de salud, afiliación y uso del SGSSS. El informante es cualquier persona del hogar mayor de 18 años sin discapacidad mental o física para oír y hablar dándole prelación al jefe del hogar o a su cónyuge.
- *Mujeres en edad fértil:* todas las mujeres de 13 a 49 años residentes en los hogares de la muestra responden preguntas dirigidas a entender el contexto de la reproducción, la

fecundidad, mortalidad infantil y en la niñez, planificación familiar, salud materno-infantil, lactancia materna, salud sexual y salud reproductiva y violencia contra las mujeres; también se valoró por antropometría su situación nutricional. Las informantes son cada una de las mujeres elegibles sin discapacidad mental o física para oír y hablar.

- *Menores de 5 años:* para todos los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, las mujeres en edad fértil entrevistadas respondieron preguntas sobre las características, condiciones de la atención en salud durante el embarazo, parto y postparto y, sobre la historia de vacunación, la prevalencia de infección respiratoria (IRA) y enfermedad diarreica (EDA), uso de Rehidratación Oral (RO), toldillos, participación en programas dirigidos a su atención, cuidador principal. También fueron interrogadas sobre las prácticas de lactancia materna, inicio, frecuencia y uso de alimentación complementaria del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta. Las informantes son cada una de las mujeres elegibles que tuvieron hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, sin discapacidad mental o física para oír y hablar.
- *Personas de 0 a 64 años:* a todas las personas menores de 70 años residentes habituales de los hogares de la muestra se les valoró su estado nutricional por indicadores antropométricos.
- *Mujeres de 18 a 69 años:* a todas las mujeres de 18 a 69 años de edad residentes habituales de los hogares de la muestra se les preguntó sobre el conocimiento, uso y frecuencia del autoexamen de seno. Dentro de este grupo, a todas las mujeres que habían tenido relaciones sexuales y que no habían sido hysterectomizadas se les preguntó sobre tamización de cáncer de cuello uterino y sobre conocimiento del Virus de Papiloma Humano y de la vacuna. A las mujeres de 40 a 69 años se les preguntó sobre la práctica de la mamografía, razón para hacérsela y resultado. Las informantes son cada una de las mujeres elegibles sin discapacidad mental o física para oír y hablar; en el caso particular de población indígena se utilizó traductor previa aprobación de la mujer elegible.
- *Mujeres de 13 a 24 años:* a todas las mujeres de 13 a 24 años de edad residentes habituales de los hogares de la muestra se les preguntó sobre su participación en actividades sobre educación sexual, temas sobre los que han recibido información, percepción y utilidad que le otorgan a dicha información para su vida.
- *Adultos mayores de 59 años:* a todo/as las personas mayores de 59 años residentes habituales de los hogares de la muestra se les preguntó sobre su situación con relación a la seguridad económica, estado de salud, accesibilidad al SGSSS, trabajo, origen de ingresos, egresos y la calificación que dan a la calidad de sus relaciones familiares.
- *Hogares:* a todos los hogares de la muestra se les aplicó la escala integrada de seguridad alimentaria y se les preguntó sobre producción de alimentos para autoconsumo. El(la) informante de este componente fue el jefe de hogar o la persona del hogar que prepara los alimentos.

4. Selección de la muestra

La muestra para la EDDS BOGOTÁ tiene dos etapas en el proceso de selección: la primera corresponde a la selección de manzanas urbanas y veredas en la zona rural de Sumapaz; la segunda a la selección de segmentos.

4.1 Selección de manzanas

Como se mencionó anteriormente, para la selección de las manzanas y veredas en la zona rural de Sumapaz se utilizó como marco de muestreo la información censal y cartográfica proporcionada por la Secretaría de Planeación Distrital; para la selección de segmentos en las localidades se utilizó el listado de viviendas, hogares y personas (VIHOPE) del Censo Nacional de Población de 2005 y la cartografía digital urbana y rural asociada suministradas por la Secretaría de Planeación Distrital mediante un Acuerdo de Cooperación Técnica entre esta institución y Profamilia.

En cada localidad el correspondiente archivo VIHOPE se ordenó por Unidad de Planeamiento Zonal (UPZ) y barrio y se calculó el número de segmentos teóricos con 10 viviendas y el intervalo de muestreo (total de segmentos teóricos sobre segmentos a ser seleccionados). Sobre la frecuencia acumulada de segmentos teóricos se seleccionaron las áreas de muestreo de la muestra urbana, aplicando sistemáticamente el intervalo de muestreo a partir de un arranque aleatorio.

En Sumapaz, se visitó la totalidad de hogares residentes en los Cuatro Centros Poblados. En el rural disperso la información del listado de predios de uso residencial se ordenó por vereda, se calculó el número de segmentos teóricos con 10 viviendas y el intervalo de muestreo y, sobre la frecuencia acumulada de los segmentos teóricos se seleccionaron las áreas de muestreo de la muestra rural, aplicando sistemáticamente el intervalo de muestreo a partir de un arranque aleatorio.

4.2 Identificación de las Áreas de Muestreo y Selección de los Segmentos

El listado de manzanas y predios seleccionados (áreas de muestreo) se entregó a la Secretaría de Planeación Distrital que tuvo a su cargo su identificación en la cartografía digital. Para cada área de muestreo seleccionada, en terreno la supervisora de campo dibujó el croquis de las edificaciones, listó las edificaciones, viviendas y hogares, determinó el número de segmentos con un tamaño promedio de 10 viviendas contiguas, seleccionó aleatoriamente un segmento, tomó las coordenadas geográficas del segmento seleccionado utilizando un navegador GPS Garmin y, registró información relevante sobre el acceso y contactos claves para abordar los hogares en el posterior desarrollo del operativo de campo de la encuesta.

Como se mencionó anteriormente, se dibujaron los croquis de los segmentos, con un promedio de 10 viviendas, utilizando todo tipo de límites, divisiones o señales existentes en el terreno (calles y puntos claros y visibles de referencia). En los conjuntos cerrados la segmentación se llevó a cabo en varias etapas: se ubicó en la cartografía digital la manzana seleccionada y, en terreno se dividió en grandes áreas con límites claramente identificables, se estableció para cada área el número de segmentos (10 hogares en promedio) que contiene y se seleccionó, con probabilidad proporcional al tamaño, una o más áreas según el número de segmentos asignados; se hizo el levantamiento cartográfico del o las áreas seleccionadas, se delimitaron los segmentos con un

tamaño promedio de 10 viviendas utilizando límites identificables y se seleccionó con probabilidad proporcional al tamaño el o los segmentos requeridos para la muestra.

5. Tamaño de muestra y precisión esperada

La muestra comprende cerca de 12.000 hogares; el tamaño de la muestra se estableció con base en el requerimiento de mayor precisión en la estimación de los indicadores de salud sexual y reproductiva a nivel de localidades, tomando como base la precisión encontrada en la ENDS -2005; se estableció que 600 hogares en cada localidad aseguran un error estándar relativo igual o inferior al 20 por ciento en estimación de indicadores, con una prevalencia del 20 por ciento en cada localidad.

En la exploración del tamaño de muestra necesario para la precisión requerida, al igual que en las Encuestas de Demografía y Salud, se utilizaron fórmulas de muestreo aleatorio simple adaptadas para el diseño de conglomerados expuestas por Leslie Kish³ en las cuales el tamaño para proporciones viene dado por la siguiente ecuación:

$$n = \frac{N P Q deff}{N (ES_{rel} * P)^2 + P Q deff}$$

En donde,

N = Tamaño del grupo o subgrupo poblacional para el cual se desea estimar una proporción, en un determinado nivel de desagregación (departamento, subregión, etc).

P = Proporción mínima esperada del indicador
 $Q = 1 - P$

$deff$ = Efecto de la conglomeración de la muestra definido como la relación entre la estimación de la varianza de un diseño de muestreo de conglomerados y la estimación de la varianza de un muestreo aleatorio simple.

$$deff = \frac{Var (M. conglomerados)}{Var (MAS)} = \frac{Varianzadel diseñodeconglomerados}{Varianzadeunmuestreoaleatoriosimple}$$

ES_{rel} = Error Estándar Relativo deseado, es decir, nivel de precisión deseado para la investigación. En una muestra de conglomerados de igual tamaño se calcula:

$$ES_{rel} = \sqrt{\left(1 - \frac{n}{N}\right) \frac{PQ}{n} * deff / P}$$

³ Leslie Kish. Survey Sampling. John Wiley & Sons, Inc., USA, 1963.

6. Procedimientos de estimación de los resultados

Los procedimientos de estimación se refieren a los esquemas para estimar insesgadamente los valores e indicadores de los universos de estudio. Son fuentes de sesgo las probabilidades variables de selección de las unidades últimas de observación (hogares, personas); la cobertura incompleta de la muestra seleccionada; las imperfecciones del marco de muestreo utilizado en la selección de las muestras; los errores en el diseño de los instrumentos de medición; y las deficiencias en la selección y capacitación de los recolectores, en la captación de los datos y en su procesamiento.

El efecto negativo de las diferentes probabilidades de selección se controla ponderando los valores muestrales por el recíproco de la probabilidad final de las unidades últimas de observación, o por un factor equivalente. La probabilidad final es el producto de las probabilidades parciales de cada una de las etapas del proceso de selección. El recíproco mencionado se le llama también “factor de expansión”, pues su aplicación genera estimaciones insesgadas de los valores absolutos del universo de investigación.

La no cobertura de algunas de las unidades de muestreo seleccionadas es causante de sesgos de estimación cuando las tasas de no cobertura varían entre los distintos subgrupos de la población y cuando los indicadores de estudio también difieren entre estos grupos. La minimización del sesgo se logra con un factor de ajuste, aplicado a nivel de conglomerado mínimo de la muestra, cuando existe evidencia de que, a este nivel, las unidades encuestadas son, en promedio, similares a las no encuestadas.

Para la EDDS BOGOTÁ, el factor básico de expansión, ajustado por no respuesta restituye el tamaño poblacional de cada una de las unidades de observación y análisis para Bogotá y cada una de las localidades de acuerdo con las Proyecciones de Población de Bogotá D.C. para el año 2011 realizadas por el DANE y la Secretaría Distrital de Planeación SDP.

Probabilidades de Selección

$$p_f = p_1 \times p_2 \text{ según corresponda}$$

P_1 = De Segmentos en Localidad

P_1 = De Segmentos Urbanos

$$p_1 = \frac{MT \text{ (medidas de tamaño) seleccionadas}}{MT \text{ existentes}}$$

P_2 = De Segmentos en conjuntos residenciales y veredas

$P_{2.1}$ = De manzana o vereda

$$p_{2.1} = \frac{MT \text{ (de la sección seleccionada)}}{MT \text{ existentes}} \times \text{total secciones seleccionados}$$

P_{2.2} = De Parte en Sección

$$p_{2.2} = \frac{MT \text{ (de parte seleccionada)}}{MT \text{ existentes en parte}} \times \text{total partes seleccionadas}$$

P_{2.3} = De Viviendas en Fracción

$$p_{2.3} = \frac{\text{Total de viviendas en fracción seleccionada}}{\text{Total viviendas existentes en parte}}$$

Factores de Expansión

F₁ = Factor

Básico de Expansión

$$f_1 = \text{recíprocode probabilidad final} = \frac{1}{p_f}$$

F₂ = Factor de Ajuste por Cobertura

F_{2.1} = De Segmentos

$$f_{2.1} = \frac{\text{segmentos seleccionados zona (U o R) de UPM}}{\text{segmentos encuestados en la misma zona}}$$

F_{2.2} = De Hogares de Segmentos Encuestados

$$f_{2.2} = \frac{\text{hogares seleccionados en cada segmento}}{\text{Hogares encuestados en el segmentos}}$$

F_{2.3} = De personas en segmentos encuestados

F_{2.3.1} = De Mujeres de 13 a 49 años en los Hogares de Segmentos Encuestados

$$f_{2.3.1} = \frac{\text{Mujeres de 13 a 49 años seleccionadas en cada segmento}}{\text{Mujeres de 13 a 49 años entrevistadas cada segmentos}}$$

F_{2.3.2} = De Mujeres de 50 a 69 años en los Hogares de Segmentos Encuestados

$$f_{2.3.2} = \frac{\text{Mujeres de 50 a 69 años seleccionadas en cada segmento}}{\text{Mujeres de 50 a 69 años entrevistadas cada segmentos}}$$

F_{2.3.3} = De Adultos Mayores de 60 años en los Hogares de Segmentos Encuestados

$$f_{2.3.3} = \frac{\text{Personas de 60 y más años identificadas en cada segmento}}{\text{Personas de 60 y más años entrevistadas cada segmentos}}$$

F_f = Factor Final de Expansión

$$f_f = f_1 \times f_2$$

F_{CP} = Factor de corrección alrededor de las proyecciones de población 2011. Es la misma ponderación $W_{h\alpha\beta j}$ de la fórmula de errores de muestreo.

$$f_{cp} = \frac{f_f}{f_f} = \frac{\text{Población proyectada para cada unidad de observación}}{\text{Población restituida con el factor final de expansión en cada unidad}}$$

La ponderación final calculada con base en el factor de corrección permite el cálculo insesgado de cualquier tipo de indicador relativo o combinado para cada localidad y el total del Distrito.

CAPÍTULO III. PLAN DE ANÁLISIS

1. Descripción general

El Plan de análisis de los datos que arrojan los formularios de la EDDS, consiste en la realización de diversas operaciones a las que se someten los datos para alcanzar los objetivos del estudio.

El análisis de la información se hizo en dos fases. En la primera, la información se ubica en una matriz de análisis que permite ver de manera ordenada la totalidad de la información para establecer comparaciones entre las localidades.

En la segunda fase la información se analiza para dar cuenta de los 16 grandes temas que componen la EDDS. El análisis se basa en el documento “*Guidelines For The Measure DHS Phase II. Main Survey Report*” de Macro Internacional Inc. (ver anexo 6).

2. Fase I. Análisis comparado

La información recolectada de los 10,411 hogares y las 10,186 mujeres en edad fértil se incorporó en un matriz de análisis que permite hacer una lectura, comparar de cada una de las seis grandes categorías de análisis, y 21 variables socio-demográficas y epidemiológicas con sus respectivos indicadores; para cada localidad.

2.1. Variables Analíticas e indicadores

Categoría A. Indicadores generales			
Variable	Indicadores	Variable	Indicadores
Indicadores de Población DANE	Población Total (miles)	Eds 2011 Población muestra sin ponderar	Hogares
	Población urbana (porcentaje)		Población Total (de-facto)
	Crecimiento natural (porcentaje)		Mujeres en edad fértil (MEF) de 13 a 49 años
	Nacimientos (por 1,000 habitantes)		Mujeres en edad fértil (MEF) de 15 a 49 años
	Defunciones (por 1,000 habitantes)		Mujeres de 18 a 69 años (citología cervicouterina)
	Esperanza de vida al nacer (años)		Adultos de 60 años y mas
	Hombres		Niños nacidos en los últimos 5 años
	Mujeres		Niños vivos de 12 a 23 meses
	Población menos de 15 años		
	Población de 65 años y mas		

Categoría B. Características socioeconómicas de los Hogares y las personas			
Variable	Indicadores	Variable	Indicadores
Pobreza y Jefatura de Hogares	Índice de riqueza: quintiles más bajo, bajo y medio	Educación y trabajo de las mujeres	Niñas que asisten a la escuela primaria (tasa bruta)
	Estrato para cobro de energía		Niñas que asisten a la escuela secundaria (tasa bruta)
	Hogares con jefe mujer		Índice de paridad de género en primaria
	Índice de paridad de género en secundaria		
			MEF analfabetas (%)
			MEF con secundaria y más (%)
			MEF que trabajan actualmente (%)

Categoría C. Aspectos generales de la Sexual y Salud Reproductiva. MEF			
Variable	Indicadores	Variable	Indicadores
Nupcialidad y otros determinantes de la fecundidad	Porcentaje de mujeres actualmente unidas	Fecundidad	Tasa de fecundidad total (global)
	Porcentaje de mujeres unidas alguna vez		Tasa general de fecundidad (nacimientos X mil MEF)
	Solteras que nunca han tenido relaciones sexuales		Tasa de fecundidad de 15 a 19 años (nacimientos X mil adolescentes)
	Para mujeres 25 – 49 años: - Edad mediana a la primera relación sexual - Edad mediana a la primera unión - Edad mediana al primer nacimiento		Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres 40 a 49
	Mujeres 15 a 19 años que han estado embarazadas		
	Tasa de fecundidad de 40 – 44 años		
Variable	Indicadores	Variable	Indicadores
Preferencias reproductivas	Porcentaje de mujeres actualmente unidas: - Que no desea tener más hijos - Número medio ideal de hijos para las MEF	Uso de Métodos Anticonceptivos	Mujeres en unión que están usando un método: - Esterilización femenina - Dispositivo intrauterino (DIU) - Píldora - Condón - Inyección - Implantes - Retiro - Ritmo o abstinencia periódica - Esterilización masculina - Otros métodos
	Tasa de fecundidad deseada		Mujeres no unidas con vida sexual activas que usan métodos (15 – 49 años) (%)
			Mujeres adolescentes en unión (13 – 19 años) que están usando métodos: - Píldora - Condón - Inyección - Implantes - Retiro - Otros métodos
			Mujeres no unidas de 13 a 19 años con vida sexual activa que usan métodos

Categoría d. Salud Materno-Infantil

Variable	Indicadores	Variable	Indicadores	
Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil (por mil)	Atención materna	Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron: - Atención médica o de enfermera en el embarazo - Atención médica o de enfermera en el parto	
	Tasa de mortalidad de < 5 años (por mil)			
Variable	Indicadores	Variable	Indicadores	
Vacunación	Niños 12 a 23 meses de edad con carné de vacunación (%)	Prevalencia de enfermedades	Porcentaje de niños con diarrea	
	Niños de 12 a 23 meses de edad que han recibido en cualquier momento (%): - BCG - DPT (las tres dosis) - Polio (las tres dosis) - Sarampión / Triple Viral - Todas las vacunas		Porcentaje de niños enfermos con IRA	
	Variable	Indicadores	Lactancia y desnutrición infantil	Duración media de la lactancia (en meses)
				Lactancia exclusiva
				Desnutrición crónica en niños < 5 años (%)
				Desnutrición global en niños < 5 años (%)
Variable	Indicadores		Desnutrición aguda en niños < de 5 años	
Nutrición de las madres de < 5 años	Porcentaje de madres con talla menor de 145 cm.			
	IMC menos de 18.5 (KG/M2) (delgadas)			
	IMC mayor o igual a 25 (KG/M2) (obesas)			

Categoría e. Derechos sexuales y Derechos Reproductivos. MEF

Variable	Indicadores	Variable	Indicadores
VIH/Sida Y OTRAS Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Sabe que el condón evita contagio de VIH (%)	Violencia Intrafamiliar	Violencia intrafamiliar
	Conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida		Mujeres unidas que alguna vez han sufrido violencia por parte del cónyuge - Violencia verbal (situaciones desobligantes) - Violencia psicológica (amenazas) - Violencia física resulto en lesión física o psicológica
	Mujeres que se han hecho la prueba del VIH (%)		- Violación de otra persona diferente al cónyuge
	Mujeres de 15 a 24 años que (%): - Tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años - Tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años - Usaron condón en la primera relación sexual		
Variable	Indicadores	Variable	Indicadores
Citología Cervico Uterina y Mamografía	Mujeres de 18 - 69 años que se han hecho CCU (%)	Interrupción Voluntaria del Embarazo	Mujeres de 15 a 49 años que saben que el aborto fue despenalizado cuando (%): - El embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la mujer - La mujer haya sido objeto de una violación - Hay una malformación grave del feto.
	Última citología cervicouterina resultó normal (%)		
	Mujeres de 13 - 69 años que conocen sobre la vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino		
	Mujeres de 40 - 69 años que se han hecho una mamografía (%)		
	Última mamografía resultó normal (%)		
Variable	Indicadores		
Educación Sexual	Mujeres de 13 - 24 años que han participado en actividades sobre educación sexual Mujeres de 13 - 24 años que han participado (%): - Recibido información en el colegio - Recibido información sobre DS y DR - Recibió información sobre anatomía y fisiología - Recibió información sobre negociación con la pareja		

Categoría F. Protección Social. Aseguramiento al SGSSS y Adulto Mayor			
Variable	Indicadores	Variable	Indicadores
Sistema General de Seguridad Social en Salud	Mujeres y hombres afiliado(a)s al SGSSS, por régimen (%): - EPS (Contributivo) - EPS (Subsidiado) - Especial - No afiliado	Adulto Mayor	Personas de 60 años y más que (%): - Trabajaron la semana anterior a la encuesta - Su principal fuente de ingreso es la jubilación - Asisten a un programa alimentario - Estuvieron enfermas los 30 días anteriores a la encuesta - Estuvieron hospitalizados en el último año

2.2. Localidades

Localidades																			
Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Los Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz

3. Fase II. Análisis temático

El análisis temático es un ejercicio exploratorio y descriptivo de las variables socio demográficas y epidemiológicas identificadas en la Fase I. Cada eje temático tiene subtemas y estos, sus respectivos desarrollos.

Tal y como se evidencia en el siguiente gráfico, la EDDS - BOGOTÁ tiene 14 ejes temáticos, uno de estos hacen da cuenta de las **categorías analíticas A y B** y por lo tanto se sus respectivas variables e indicadores. Cuatro temáticas desarrollan la **categoría de análisis C** sobre los aspecto generales de la Sexual y Salud Reproductiva de las mujeres en edad reproductiva. El desarrollo de la **categoría analítica D** se hace a través de tres ejes temáticos; **la categoría E** a través de 4; y **la categoría F** se expone en dos ejes temáticos.

Categorías de análisis	Ejes Temáticos	VARIABLES
Categoría A Indicadores generales	Características generales de los hogares y de la población	Indicadores de Población DANE
		EDDS 2010 población muestra sin ponderar
Categoría B Características socioeconómicas de los Hogares y las personas	Características generales y situación de las mujeres en edad fértil	Educación y trabajo de las mujeres
		Pobreza y jefatura del hogar
Categoría C Aspectos generales de la Sexual y Salud Reproductiva. MEF	Fecundidad	Nupcialidad y otros determinantes de la fecundidad
	PF: conocimiento y uso de métodos	Fecundidad
	Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo	Preferencias Reproductivas
	Preferencias sobre fecundidad y demanda de PF	Uso de métodos anticonceptivos
Categoría D Salud Materno-Infantil	Mortalidad Infantil y en la niñez	Mortalidad infantil
	Salud Materno Infantil	Vacunación
	Lactancia materna y estado nutricional	Nutrición de las madres de menores de 5 años
Categoría E Derechos sexuales y Derechos Reproductivos. MEF	Conocimiento del VIH/Sida y otras ITS. Formas de prevención	VIH/Sida Y OTRAS Infecciones de Trasmisión Sexual
	Violencia contra las mujeres y los niños	Violencia Intrafamiliar
	Detección temprana de cáncer de cuello uterino y de mama	Citología Cérvico Uterina y Mamografía
	Percepción de la educación sexual	Interrupción Voluntaria del Embarazo
Categoría F Protección Social. Aseguramiento al SGSSS y Adulto Mayor	Afiliación, percepción y uso de servicios del sistema general de seguridad social en salud	Sistema de Seguridad Social en Salud
	Adultos Mayores	Adulto mayor

3.1. Eje temático. Características generales de los hogares y de la población

La Encuesta Distrital de Demografía y Salud (EDDS - 2011) contiene información sobre la calidad de las viviendas de los hogares, seguridad alimentaria en los hogares y sobre cada una de las personas en el hogar. Esta información es básica para tener un mejor conocimiento de las variables de los hogares, de la salud de las mujeres y de los niños, niñas y adolescentes. Las variables de las viviendas, que sirven para conocer las condiciones de vida de las familias, se refieren principalmente a:

3.1.1. Características de las viviendas y de los hogares

Subtema	Desarrollos
Accesibilidad a los servicios y calidad de las vivienda	Servicio de electricidad
	Servicio de acueducto y fuente de agua para beber
	Tiempo en ir a fuente de agua
	Disponibilidad de alcantarillado
	Clase de servicio sanitario y número de sanitarios con que cuenta la vivienda
	Material de construcción del piso
	Material de construcción de las paredes
	Combustible utilizado para cocinar
	Eliminación de basuras
	Número de cuartos para dormir
Tipo de vivienda y tenencia de la vivienda ocupada por el hogar	
Disponibilidad de bienes de consumo	Bienes de consumo duradero del hogar
Índice de riqueza	Población de facto y hogares por quintiles de riqueza

3.1.2. Características de la población de los hogares

Subtema	Desarrollos
Composición de los hogares	Jefatura y tamaño del hogar
	Distribución de la población por edad, sexo y zona de residencia
Condiciones de vivienda de los hijos	Condición de residencia de los hijos, adopción y orfandad por características seleccionadas
Tipos de familia	Distribución de los hogares por tipo de familia por zona
Nivel de educación y asistencia a centros de enseñanza	Porcentaje de la población de 6 a 24 años que asiste a una institución educativa por grupos de edad y sexo
	Nivel educativo de la población de hombres de seis años y mas por características seleccionadas
	Nivel educativo de la población de mujeres de seis años y mas por características seleccionadas
Asistencia escolar	Tasas netas y brutas de asistencia a la escuela primaria de la población de jure de los hogares por sexo por características seleccionadas.
	Tasas netas y brutas de asistencia a la escuela secundaria de la población de jure de los hogares por características seleccionadas
Repitencia	Tasas de repitencia de la población de jure de los hogares por grado escolar por características seleccionadas.
Deserción	Tasas de deserción escolar para la población de jure de los hogares por grado según características seleccionadas

Asistencia a programas especiales para niños menores de seis años	Niños menores de seis años que asisten o han asistido a algún programa de atención y tipo de institución de los que asisten por características seleccionadas
	Niños menores de seis años que asisten actualmente a un programa de atención por horario y por pago según características seleccionadas
	Niños menores de seis años que dejaron de asistir a un programa de atención por motivo de retiro por características seleccionadas
	Niños menores de seis años que no asisten a un programa de atención por motivo específico para ello por características seleccionadas
Registro civil en niños menores de cinco años	Niños menores de cinco años que aún no tienen su registro civil por características seleccionada
Personas discapacitadas en el hogar	Tipo de discapacidad o dificultad permanente por características seleccionadas

3.1.3. Seguridad alimentaria en los hogares

Subtema	Desarrollos
Seguridad alimentaria en los hogares	Clasificación de la seguridad alimentaria
	Seguridad alimentaria en el hogar por localidad
	Seguridad alimentaria en los hogares según características del hogar
	Seguridad alimentaria en el hogar por características demográficas y socioeconómicas del jefe de hogar y el cónyuge
	Seguridad alimentaria en el hogar por características socioeconómicas
	Seguridad alimentaria en el hogar por autoconsumo de alimentos en el hogar y asistencia a programas alimentarios
	Comparación de la seguridad alimentaria en el hogar evaluada con la escala ENSIN 2005 y 2010 vs ELCSA

3.2. Eje temático. Características generales y situación de las mujeres en edad fértil

El análisis de las características generales y situación de las mujeres en edad fértil es de trascendental importancia ya que nos va a identificar las diferencias existentes con relación a los determinantes sociales de la salud, las barreras que tienen ciertos grupos al tratar de recibir ciertos servicios y las diferencia de calidad en la atención de salud de diferentes segmentos o estratos poblacionales. Como es bien sabido, existen disparidades importantes entre los diferentes grupos con relación a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, falta de acceso a los servicios, falta de una fuente de oferta de servicios o escasez de proveedores, falta de recursos financieros, barreras legales y estructurales, barreras de comunicación o educación, etc.

Además de las disparidades, existen grandes desigualdades, a pesar del acceso comparativo entre los grupos poblacionales en lo referente a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud; por ejemplo, las mayores tasas de morbilidad y mortalidad para los de las clases sociales más bajas y la menor esperanza de vida de los más pobres con relación a los más ricos, también los pobres son más propensos a tener una discapacidad física.

3.2.1. Características generales de las mujeres en edad fértil

Subtema	Desarrollos
Mujeres en edad fértil	Distribución de las mujeres en edad fértil por características seleccionadas Mujeres entrevistadas por localidad
Nivel educativo de las mujeres entrevistadas	Nivel de educación de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas
Educación de las mujeres de 15 a 24 años de edad y razones de abandono	Nivel de educación más alto alcanzado y razones de abandono
Niveles de alfabetismo	Alfabetismo de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas
Trabajo femenino en los últimos 12 meses	Situación de empleo de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas
Ocupación específica	Ocupación específica de las mujeres entrevistadas
Empleo y forma de remuneración	Tipo de empleo y clase de remuneración de las mujeres
Cuidado de los niños	Cuidado de los niños menores de cinco años que viven con la madre
Autonomía en el manejo de los ingresos	Persona que decide cómo gastar los ingresos y gastos del hogar que asume la entrevistada por características seleccionadas Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar
Decisiones específicas sobre el hogar	Decisiones sobre el hogar
Última palabra en ciertas decisiones	Participación de las mujeres en decisiones del hogar por características seleccionadas
Rechazo de relaciones sexuales como medida de autonomía de la mujer	Actitud de las mujeres hacia razones específicas para rehusar a tener relaciones sexuales con el esposo por características seleccionadas
Trabajo de la mujer y exigencia de certificaciones	Relaciones entre trabajo y embarazo y exigencia de pruebas de embarazo, certificado de esterilización y prueba de VIH para acceder a un trabajo por características seleccionadas

3.3. Eje temático. Fecundidad

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar las tendencias del crecimiento de la población en un país. Esta variable ha descendido en forma importante en Colombia, pero su nivel es todavía elevado en ciertos subgrupos poblacionales. La reducción de la fecundidad es considerada importante porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

Subtemas	Desarrollos
Niveles, tendencias 1990, 2000, 2010 y diferenciales	Niveles de fecundidad para los tres años que precedieron a la encuesta
	Tendencias en las tasas de fecundidad por edad
	Fecundidad por duración de la unión
	Fecundidad, paridez y embarazo por características seleccionadas
Fecundidad acumulada	Número de nacidos vivos y sobrevivientes de las mujeres por edad
Intervalos entre nacimientos	Intervalos entre nacimientos por características seleccionadas
Edad de la madre al nacimiento del primer hijo	Edad al primer nacimiento
	Edad mediana al primer nacimiento por características seleccionadas
Fecundidad de Adolescentes: ya son madres, están embarazadas del primer hijo	Embarazo y maternidad de adolescentes por características seleccionadas

3.4. Eje temático. Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos

Es bien conocida la influencia que en América Latina tuvo el conjunto de instituciones privadas que iniciaron los movimientos de planificación familiar en los diferentes países a principios y mediados de la década de los sesenta, como es el caso de Profamilia en Colombia. Estos organismos se proliferaron con el objetivo principal de mejorar las condiciones de salud de las madres e hijos/as y disminuir los efectos tan negativos de los embarazos no deseados. Sin embargo, los diferentes gobiernos fueron tomando conciencia y aprobando medidas para influir sobre la fecundidad y para ello se aludían por lo menos cuatro razones básicas para explicar el apoyo nacional a la definición de dichas medidas.

Subtemas	Desarrollos
Conocimiento de métodos	Conocimiento de métodos específicos
Uso de métodos anticonceptivos en el pasado	Uso alguna vez de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas
Uso actual de métodos de planificación familiar	Uso actual de métodos anticonceptivos por edad y por método específico
Diferenciales en el uso actual de métodos anticonceptivos	Uso actual de métodos anticonceptivos por características seleccionadas
Número de hijos al usar anticoncepción por primera vez	Número de hijos al usar por primera vez un método de planificación familiar
Edad al momento de la esterilización	Edad al momento de la esterilización
Arrepentimiento de la esterilización	Arrepentimiento de las mujeres de haberse mandado esterilizar por características personales
Conocimiento del periodo fértil	Conocimiento del periodo fértil durante el ciclo ovulatorio
Fuente de suministro de métodos de planificación familiar	Fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos
Información suministrada durante la prescripción de métodos	Información suministrada durante la prescripción de métodos modernos por características seleccionadas
Discontinuación de uso de métodos anticonceptivos	Tasas de discontinuación de métodos de planificación familiar durante el primer año de uso
Razones de discontinuación	Razones específicas de discontinuación de uso de métodos anticonceptivos
Intención de uso en el futuro	Mujeres en unión que no usan actualmente métodos anticonceptivos por intención de uso futuro
Método anticonceptivo preferido para el futuro	Mujeres unidas que no están usando anticoncepción desean usar un método en el futuro por método preferido
Razones para no usar métodos	Mujeres actualmente unidas que no están usando actualmente un método, no desean usarlo en el futuro por razones para no hacerlo
Contacto de las No usuarias de métodos con proveedores de planificación familiar	Contacto de mujeres no usuarias con proveedores de servicios de planificación familiar por características seleccionadas
Obligación en el uso de métodos de planificación familiar	Mujeres que han sido obligadas a usar un método de planificación familiar en contra de su voluntad, por características seleccionadas
Obligatoriedad en la entrega de métodos	Mujeres que saben que la EPS tiene la obligación de entregar el método de planificación familiar sin copago o cuota moderadora por características seleccionadas

3.5. Eje temático. Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo

Uno de los indicadores sociales de mayor relevancia, es la nupcialidad. Este hace referencia al número de matrimonios por cada 1.000 habitantes y da cuenta del estado conyugal de las personas, de la historia de la “formalización” de las relaciones y de las familias, y en ese sentido de la iniciación de la vida sexual de las mujeres en edad fértil. La relación que se establece a lo largo de este eje temático es entonces el de la nupcialidad como determinante de la fecundidad.

Subtemas	Desarrollos
Estado conyugal actual	Estado conyugal actual de las mujeres por edad
Edad a la primera unión	Edad a la primera unión por edad actual
	Edad mediana a la primera unión por características seleccionadas
Edad a la primera relación sexual	Edad a la primera relación sexual por edad actual
	Edad mediana a la primera relación sexual por características seleccionadas
Actividad sexual previa y reciente	Actividad sexual reciente por características seleccionadas
Menor de 25 años, sin relaciones sexuales	Planea esperar hasta casarse para tener relaciones sexuales por primera vez.
Mujer de 25 a 49 años que ha tenido relaciones sexuales	Cuándo fue la última vez que tuvo una relación sexual
	Uso del condón: la última vez que tuvo relación sexual, cada vez que tuvo una relación sexual. Principal razón para no usar
	Conocimiento de un lugar para comprar condones, cuál es ese lugar. Ella misma lo puede conseguir
	Relación con la persona que tuvo una relación sexual y por cuánto tiempo las tuvo
	Edad del compañero sexual.
	Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en últimos 12 meses.
Infertilidad postparto	Amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad de postparto por meses desde el nacimiento.
	Duración mediana de la amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad de postparto por características seleccionadas

3.6. Eje temático. Preferencias sobre fecundidad y demanda de planificación familiar

En este eje temático se observa la información sobre las preferencias reproductivas de las mujeres en edad fértil. Básicamente se analiza la información correspondiente a tres aspectos de mucha importancia desde el punto de vista demográfico y social, entre estos el número de hijos/as deseados y el tamaño “ideal” de la familia.

Subtemas	Desarrollos
Deseo de más hijos	Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes
	Preferencias de fecundidad por edad
Mujeres que no desean más hijos	Deseo de limitar el número de hijos por características seleccionadas
Necesidad insatisfecha y demanda de servicios de P.F.	Necesidad de servicios de planificación familiar para las mujeres en unión por características seleccionadas
Número ideal de hijos	Número ideal de hijos
	Promedio ideal de hijos por características seleccionadas
Planificación de la fecundidad	Planificación de la fecundidad
	Fecundidad deseada y observada por características seleccionadas

3.7. Eje temático. Mortalidad Infantil y en la niñez

La tasa de mortalidad infantil es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños y niñas en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. Aunque la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año, también se ha medido algunas veces en niños menores de 5 años. La consideración del primer año de vida para establecer el indicador de la mortalidad infantil se debe a que el primer año de vida es el más crítico en la supervivencia del ser humano: cuando este se sobrepasa las probabilidades de supervivencia aumentan drásticamente.

Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la sanidad gratuita, es así como a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayor índice de mortalidad infantil.

Subtemas	Desarrollos
Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios	Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios
Mortalidad infantil y de menores de cinco años	Mortalidad Infantil y en la Niñez por características seleccionadas
Mortalidad infantil y situación de la mujer	Mortalidad infantil y en la niñez por indicadores de condición de la mujer
Mortalidad perinatal	Mortalidad perinatal por características seleccionadas
Grupos de alto riesgo reproductivo	Características de alto riesgo reproductivo

3.8. Eje temático. Salud materno - infantil

La salud materno - infantil es otro de los indicadores sobre las condiciones de vida de las y los habitantes de un país. Para efectos de la medición del estado de la salud y de las condiciones de salubridad durante el embarazo y el postparto, a lo largo de este eje temático se indaga por la salud de la madre y la salud de los niños y niñas menores de 5 años.

Adicionalmente, en este eje se indaga por el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo reconocido por la Corte Constitucional de Colombia en el año 2006, según la cual el aborto es no punible cuando el embarazo represente peligro para la vida o la salud física o mental de la mujer; cuando el embarazo sea resultado de una violación; y cuando el feto presente grave malformación que hagan inviable su vida por fuera del útero.

Subtemas	Desarrollos
Atención prenatal	Atención prenatal por características seleccionadas.
	Número de visitas prenatales y meses de embarazo a la primera visita
	Contenido de la atención prenatal para mujeres con hijos nacidos vivos, en los últimos cinco años
Vacunación contra el tétanos neonatal y cambios en la cobertura	Vacuna contra el tétanos prenatal por características seleccionadas.
	Cambios en la cobertura de la vacuna antitetánica entre 1995 y 2010.
Uso de alcohol y cigarrillo durante el embarazo	Uso de alcohol y cigarrillo durante el embarazo por características seleccionadas

Lugar de ocurrencia y personal que atendió el parto	Lugar del parto por características seleccionadas
Características del Parto	Atención del parto por características seleccionadas
Cuidado postnatal de la madre	- Nacimientos por cesárea y peso al nacer por características seleccionadas.
Cuidado de la salud y condición de la mujer	- Problemas postnatales por características seleccionadas. - Atención médica para los problemas postnatales.
Aborto	Atención a la salud reproductiva por condición de la mujer
	Ha tenido pérdidas, interrupciones o abortos, antes del 2006 y después del 2006, según características
	Conocimiento de que el aborto ya no es un delito
	Conocimiento de las causas de aborto que no son delitos en Colombia, según características de las mujeres
	Solicitud y aceptación del procedimiento
Vacunación en cualquier momento, en el primer año de vida, vacunas diferentes a las tradicionales	Otros casos en que se podría permitir el aborto de acuerdo con las entrevistadas.
	Vacunación en cualquier momento de los niños de 12-23 meses, por fuente de información
	Vacunación en cualquier momento entre los niños de 12-23 meses, por características seleccionadas
	Vacunación en el primer año de vida por edad del niño/a
Infección respiratoria aguda (IRA)	Pentavalente, Hepatitis B, Hemófilus B: vacunación en cualquier momento de los niños de un año por características seleccionadas.
Prevalencia de fiebre y fuente de tratamiento	- Prevalencia de IRA y/o fiebre - Tratamiento de síntomas de IRA y/o fiebre
Uso de toldillos o mosquiteros	Prevalencia de fiebre y porcentaje que buscó tratamiento para la fiebre por características seleccionadas.
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	Posesión y uso de toldillos por características seleccionadas.
	- Prevalencia de EDA
	- Conocimiento de los paquetes de SRO por características seleccionadas - Tratamiento de la diarrea por características seleccionadas - Prácticas alimenticias durante la diarrea
Eliminación de las deposiciones de los niños	Eliminación de las deposiciones de los niños, por características seleccionadas
Cuidado de la salud de los niños por condición de la mujer	- Niños de 12-23 meses vacunados por indicadores de condición de la mujer - Niños con fiebre y síntomas de IRA por indicadores de condición de la mujer - Niños con diarrea por indicadores de condición de la mujer

3.9. Eje temático. Lactancia y estado nutricional

Son bien conocidas las múltiples ventajas de la leche materna para los niños y del amamantamiento para mujeres. Para niños, la composición nutricional es específica para el ser humano en sus diversas etapas de crecimiento y desarrollo; contiene factores inmunológicos y anti-infecciosos y fomenta el desarrollo psicoafectivo, entre muchas de sus ventajas. Para la madre, conlleva beneficios biológicos posparto como la pronta involución uterina, reducción de la probabilidad de cáncer de matriz y seno. Amamantar es práctico, sencillo y económico. La leche materna, acompañada de un adecuado esquema de alimentación complementaria, favorecen el crecimiento y desarrollo de niños.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en la reunión de consenso de expertos realizada en noviembre de 2007 en Washington, D.C.⁴, recomienda la lactancia exclusiva hasta los 6 meses que es un cambio de su posición del año 2005 de introducir alimentos complementarios

⁴WHO Global Consensus Meeting on Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington, November 2007

de la leche materna entre los 4 y 6 meses de edad. Además, se motiva a continuar amamantando al niño hasta los 24 meses de edad. Estas recomendaciones han sido reiteradas por Colombia en su *Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020*⁵. En esta reunión de expertos se definieron tres prácticas alimentarias infantiles que fueron adoptadas para el análisis de la EDDS - BOGOTÁ: lactancia materna exclusiva, lactancia materna predominante y alimentación complementaria.

Subtemas	Desarrollos
Lactancia materna exclusiva, lactancia materna predominante y alimentación complementaria	Niños alguna vez amamantados
	Hora de inicio de lactancia materna
	Duración mediana de la lactancia materna (niños menores de tres años)
	Intensidad de la lactancia (niños menores de seis meses)
	Capacitación sobre lactancia materna
	Edad de introducción de líquidos en la dieta
	Edad de introducción de semisólidos y alimentos blandos en la dieta
	Edad de introducción de sólidos en la dieta
	Alimentación complementaria en las últimas 24 horas
	Consumos de frutas y verduras ricas en vitamina A
	Uso de biberón
Tipos de alimentos (lista EDDS y agrupados en 7 categorías OMS) en dieta	
Consumo de suplementos durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de suplementos de hierro - Consumo de suplementos de ácido fólico - Consumo de calcio
Estado nutricional de niños menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición crónica - Desnutrición global - Desnutrición aguda
	Evolución de la desnutrición 1995 a 2010, según patrones de crecimiento de la NCHS 1977
Estado nutricional de niños y adolescentes de 5 a 17 años	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición crónica - Desnutrición global - Exceso de peso
Estado nutricional de adultos de 18 a 64 años	<ul style="list-style-type: none"> - Estatura para la edad - Déficit de peso - Obesidad abdominal
	Evolución de las desnutrición en mujeres de 15 a 49 años 1995 a 2010

3.10. Eje temático. Conocimiento de VIH/Sida y otras ITS y formas de prevención

En la EDDS - BOGOTÁ, como un elemento o parte integral del concepto de salud sexual y reproductiva, se incluyó un módulo de VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual. Sin duda alguna, el Sida es una de las enfermedades de mayor interés para los responsables de la salud pública de los diferentes países. Las interacciones entre el VIH y otros agentes infecciosos han suscitado gran preocupación desde el punto de vista médico y de salud pública, ya que tiene un impacto o costo individual, social y económico de gran trascendencia.

Colombia no está exenta de este problema, la mayoría de su población identifica y visualiza el VIH/Sida como un “problema de otros” y lógicamente, su transmisión está relacionada con la

⁵Ministerio de Protección Social, Acción Social, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Convenio de cooperación técnica y financiera No. 233 de 2009.

desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiente educación sexual que existe en nuestro país, con el estilo de comportamientos de la población, con los valores, creencias, tabúes, con los patrones de la cultura patriarcal, con la falta total de involucramiento, con la ignorancia y concepción equivocada de que el Sida es propio de otras culturas y otros países. Todos estos problemas son aliados para la expansión de esta enfermedad, principalmente en grupos más vulnerables, como son las mujeres, los adolescentes y jóvenes y la población de las áreas marginales.

Adicionalmente, en este eje temático se explora sobre el conocimiento que se tiene de otras Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), entre estos: formas de trasmisión, mecanismos de prevención y existencia de prácticas de auto-cuidado y vida saludable.

Subtemas	Desarrollos
Conocimiento del VIH/Sida y prácticas seguras para evitar el contagio	Conocimiento del VIH/Sida y formas de evitar el contagio por características seleccionadas
Percepciones sobre el VIH/Sida	Conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida por características seleccionadas
Conocimiento de la transmisión del VIH/Sida de la madre al hijo	Conocimiento de formas de transmisión de VIH/Sida de la madre al hijo por características seleccionadas
Actitudes de aceptación	Actitudes hacia personas que tienen VIH/Sida por características seleccionadas
Actitudes hacia relaciones seguras	Actitudes hacia la negociación de tener relaciones sexuales seguras con la pareja por características seleccionadas
Enseñanza del uso del condón	Enseñanza sobre el uso del condón, durante la adolescencia, para prevenir el VIH/Sida por características seleccionadas
Comportamiento sexual de alto riesgo	Parejas sexuales múltiples y sexo de alto riesgo en los últimos 12 meses por características seleccionadas
Prueba del virus del VIH/Sida	Mujeres que saben donde hacerse la prueba del VIH/Sida, mujeres que se han hecho la prueba y recibieron el resultado, mujeres que nunca se han hecho la prueba, mujeres que recibieron el resultado de la última prueba tomada en los últimos 12 meses Mujeres que recibieron consejería sobre VIH durante una visita prenatal, mujeres a las que le sugirieron hacerse la prueba del VIH/Sida, se la hicieron como parte del control prenatal y conoció el resultado por características seleccionadas
Conocimiento de ITS y de síntomas	Conocimiento de ITS y de síntomas por características seleccionadas Mujeres con ITS y sintomatología específica por características seleccionadas
Fuente de tratamiento	Fuente de tratamiento para la ITS por características seleccionadas
Mujeres con ITS según comportamiento	Mujeres con ITS según cambio de comportamiento por características seleccionadas
Relaciones sexuales de las mujeres jóvenes y VIH/Sida	Conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida y conocimiento de fuente de condón entre jóvenes Edad a la primera relación sexual entre jóvenes Uso del condón durante la primera relación sexual Sexo de alto riesgo y uso de condón en los últimos 12 meses entre las mujeres de 15-24 años Relaciones sexuales con parejas de mayor edad Prueba del virus del VIH más reciente

3.11. Eje temático. Violencia contra las mujeres y los niños, niñas y adolescentes

De acuerdo con la Ley 1257 de 2008, por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Por daño psicológico se entiende toda consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. El daño o sufrimiento físico hace referencia al riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.

El daño o sufrimiento sexual, es toda consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas. Y el daño patrimonial es la pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.

Subtemas	Desarrollos
Violencia psicológica del esposo o compañero hacia su esposa o compañera	Situaciones de control por parte del esposo o compañero por características seleccionadas
	Situaciones desobligantes por parte del esposo o compañero por características seleccionadas
	Amenazas del esposo o compañero por características seleccionadas
Violencia física por parte del esposo o compañero	Violencia física por parte del esposo o compañero por tipo de violencia por características seleccionadas
	Resultados de los episodios de violencia física por parte del esposo o compañero por características seleccionadas
	Violencia física por persona diferente al cónyuge según tipo de agresor por características seleccionadas
Violencia sexual	Mujeres casadas o unidas que han sido violadas por su esposo o compañero por características seleccionadas
	Mujeres que han sido violadas por persona diferente a su esposo o compañero por persona que la violó por características seleccionadas
	Mujeres que han sido tocadas o manoseadas sin su consentimiento y lugar donde sucedió esto por características seleccionadas
Atención a la violencia contra las mujeres	Asistencia a médico o establecimiento de salud para tratamiento de lesión por características seleccionadas
	Búsqueda de ayuda ante el maltrato
	Institución donde la mujer ha buscado ayuda cuando ha sido maltratada por características seleccionadas
	Razones para no denunciar al agresor o no buscar ayuda por características seleccionadas
Respuesta agresiva	Respuesta agresiva hacia el esposo o compañero por características seleccionadas

Planes de separación y razón principal para ello	Mujeres que han pensado separarse en el último año y razón para ello por características seleccionadas
Maltrato a los niños(as) y adolescentes	Forma como castigan los esposos o compañeros a sus hijos por características seleccionadas
	Forma como las mujeres castigan a sus hijos por características seleccionadas

3.12. Eje temático. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y acceso a los servicios de salud

La EDDS - BOGOTÁ indaga a cada persona del hogar si es afiliada o beneficiaria de una entidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, o si tiene otro plan o seguro de salud; cómo cree que es su estado de salud en general y si en el último año ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud; y si tiene o no alguna dificultad física permanente y cómo se originó el problema. Después se concentra en averiguar por los problemas de salud sufridos en los últimos 30 días; si por ese problema dejó de asistir al trabajo o al estudio y por cuántos días dejó de asistir; qué se hizo para tratar el problema de salud y si el sistema de salud al que está afiliado le pagó toda o parcialmente la atención de salud; y razón por la cual no recibió atención médica en esa oportunidad. Por último, se averigua por las hospitalizaciones del último año: causa, días de hospitalización, quién la pagó y cómo fue la atención.

Subtemas	Desarrollos
Afiliación de la población al SGSSS	Población total de los hogares, por tipo de afiliación a la seguridad social, según características seleccionadas
Percepción del estado de salud de la población	Población total de los hogares según percepción del estado de salud, por características seleccionadas.
Personas con problemas de salud en el último mes	Población con problemas de salud en el último mes, por características seleccionadas.
	Tratamiento para el problema de salud y cubrimiento de los costos de la atención por características seleccionadas.
	Razones para no solicitar atención médica, por características seleccionadas
Personas hospitalizadas en los últimos 12 meses	Población de los hogares que estuvo hospitalizada en el último año, causas de la hospitalización, promedio de días de hospitalización y promedio de meses que hace que la persona estuvo hospitalizada por características seleccionadas.
	Cubrimiento de costos de hospitalización y oportunidad por características seleccionadas
Uso de servicios específicos de salud	Lugar de atención y cubrimiento de los costos de los controles del embarazo actual
	Lugar de atención y cubrimiento de los costos de la última pérdida de embarazo
	Lugar de atención y cubrimiento de los costos de la esterilización
	Fuente de suministro y cubrimiento de los costos del último método usado
	Lugar de atención prenatal y cubrimiento de costos de la atención
	Lugar de atención y cubrimiento de los costos del parto del último hijo
	Lugar de atención y cubrimiento de los costos del control postparto del último hijo
	Lugar de atención y cubrimiento de los costos para la atención de la enfermedad respiratoria
Lugar de atención y cubrimiento de los costos para la atención de la diarrea	

3.13. Eje temático. Detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama

El cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama son las principales causas de cáncer en la mujer colombiana. Se estiman cerca de 7000 casos nuevos de cáncer de mama cada año y 5600 casos nuevos de cáncer de cuello uterino cada año.

En el marco de la Política de Salud Sexual y Desarrollo, del Plan Nacional de Salud Pública y del Plan para el Control del Cáncer se han propuesto metas específicas de reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino y disminución de los estadios clínicos avanzados de cáncer de mama. Para lograr estos objetivos y en consonancia con la evidencia científica disponible, las actividades de detección temprana han sido, hasta el momento, una estrategia central para el control de estos cánceres. En el caso de cáncer de cuello uterino la implementación de programas de tamización ha mostrado la efectividad en la reducción de cáncer de cuello uterino. En Colombia aunque la reducción de la mortalidad no ha sido la esperada, información reciente evidencia disminución de las tasas de mortalidad en el país y en muchos departamentos particularmente en los últimos años. En el caso de cáncer de mama, la evidencia muestra que la tamización con mamografía es eficaz entre los 50 y los 69 años de edad. Igualmente hay evidencia del importante papel que han tenido los desarrollos terapéuticos para este cáncer.

En la EDDS - BOGOTÁ se incluyeron preguntas específicas sobre detección temprana de estos dos cánceres. Un análisis a profundidad de las mismas, realizado por el Instituto Nacional de Cancerología, indicó la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre el seguimiento que se hace cuando las pruebas de detección son anormales.

Adicionalmente, en el caso de cáncer de mama se incluyeron preguntas que permitieran diferenciar más claramente si el examen clínico o la mamografía se hacían como un examen de tamización (chequeo en mujeres asintomáticas) o uno diagnóstico en una mujer con sospecha de cáncer de mama. También se hacen preguntas relacionadas con la vacuna contra el VPH y una pregunta sobre cobertura de vacunación.

Subtemas	Desarrollos
Citología cervicouterina (CCU)	Conocimiento, uso y frecuencia de citología cervicouterina entre mujeres de 18 a 69 años de edad, por características seleccionadas
	Mujeres de 18 a 69 años de edad que han reclamado el resultado de la citología, exámenes con resultados anormales, realización de colposcopia/ biopsia y razones para no reclamar el resultado entre las mujeres que no lo hicieron por características seleccionadas
	Lugar de atención de la CCU y cubrimiento de los costos
	Mujeres de 18 a 69 años que nunca se han hecho una citología vaginal y razones para no haberlo hecho, por características seleccionadas
VPH	Conocimiento sobre el VPH, conocimiento sobre la vacuna contra el VPH y cobertura de vacunación entre mujeres de 13 a 69 años de edad
Autoexamen de seno	Conocimiento, uso y frecuencia del autoexamen de seno entre mujeres de 18 a 69 años, por características seleccionadas
	Mujeres de 18 a 69 años según momento del autoexamen de seno, por características seleccionadas
Examen clínico de seno	Mujeres de 18 a 69 años que le han hecho examen clínico de seno según razón para ello y tiempo desde el último examen por características seleccionadas
Mamografía	Conocimiento, uso y frecuencia de la mamografía entre mujeres de 40 a 69 años, por características seleccionadas
	Mujeres de 40 a 69 años a quienes les han realizado una mamografía y que reclamaron el resultado, mujeres con resultado anormal y mujeres a las que le hicieron biopsia, por características seleccionadas
	Lugar de atención de la mamografía y cubrimiento de los costos, entre mujeres de 40 a 69 años por características seleccionadas
	Razón para no hacerse la mamografía, por características seleccionadas

3.14. Eje temático. Percepción de la educación sexual de las mujeres en edad fértil

Como una contribución al conocimiento de la percepción que tienen las mujeres sobre algunos aspectos de la sexualidad, la EDDS - BOGOTÁ indaga por la participación en actividades sobre educación sexual, los temas sobre los cuales las mujeres han recibido información, la percepción que tienen sobre algunos temas de la educación sexual recibida y si creen que les ha servido o no para su vida.

Así mismo, el cuestionario de la encuesta contiene otra información que se puede cruzar con las preguntas sobre educación sexual propiamente tal, por ejemplo, adolescentes embarazadas de primer hijo, conocimiento sobre el período fértil, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre efectos secundarios de los métodos de planificación familiar, conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual ITS incluyendo el VIH/Sida, conocimiento de la despenalización del aborto, entre otras.

Adicionalmente, en la EDDS - BOGOTÁ se incluyeron una serie de preguntas sobre el respeto y la garantía de los derechos de la población LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales). Tema de trascendental importancia, ya que durante el 2007 se aprobaron los derechos patrimoniales para las parejas del mismo sexo y actualmente, la Corte Constitucional de Colombia debate el tema de la adopción.

Subtemas	Desarrollos
Participación en actividades sobre educación sexual (mujeres de 13 a 24 años)	Participación en actividades sobre educación para la sexualidad y lugar de participación
	Participación en actividades sobre educación para la sexualidad según tipo de actividad
	Participación en actividades sobre educación para la sexualidad según persona que realizó la actividad
	Participación en actividades sobre educación para la sexualidad según persona con quién habló sobre el tema
	Información sobre educación para la sexualidad por medios de comunicación
Temas de educación sexual sobre los que ha recibido información	Crecimiento personal: <ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Planes de vida - Toma de decisiones - Liderazgo
	Diversidad sexual <ul style="list-style-type: none"> - Género - Desigualdad de género - Homosexualidad - Derechos sexuales y reproductivos
	Relación con el otro <ul style="list-style-type: none"> - Afecto y comunicación - Vida en pareja - Negociación con la pareja
	Conocimiento y resultado de la interacción <ul style="list-style-type: none"> - Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino - Anticoncepción - Embarazo y parto - Aborto - Violencia y abuso sexual - ITS y Sida
	Calificación de la información recibida

Utilidad de la educación para la sexualidad	La información recibida le ha servido para su vida
	Edad cuando recibió primera información sobre sexualidad
	En el desarrollo de su vida le ha faltado (más) educación sexual
	Maternidad y estado de embarazo según exposición a información sobre sexualidad
Homosexualidad	Conocimiento sobre situaciones específicas de aspectos de la salud sexual y reproductiva
	Aprueba o no que se reconozcan los derechos a las parejas del mismo sexo
	Actitud ante conocimiento de tener un hijo(a) homosexual
	Acuerdo o desacuerdo con que las parejas homosexuales adopten niños

3.15. Eje temático. Adulto mayor

Los aspectos más relevantes en el estudio de la población de la tercera edad, más allá de lo demográfico, son las implicaciones económicas, sociales, culturales y psicológicas, así como las jubilaciones, la salud, los cambios en los hábitos de consumo, los arreglos residenciales y los cuidados que demandan las personas mayores. En primer lugar, las pensiones de jubilación inciden en las contribuciones de los trabajadores y en el tesoro nacional. En los países donde la población de la tercera edad es importante, como en los países de mayor desarrollo, la carga pensional se hace cada vez más onerosa para el Estado y para la población más joven que trabaja, en especial cuando los individuos no han ahorrado para su vejez.

En segundo término, los estudios demográficos señalan que el crecimiento de la proporción de personas mayores incrementa los gastos en salud, ya que las enfermedades crónicas y la prevalencia de discapacidades, que son las que más afectan a esta población, tienen tratamientos complejos y costosos. Una tercera característica, señalada por la CEPAL, es la transformación acelerada de la demanda de cuidados de las personas dependientes por motivos de salud dentro de los hogares, así como los hogares y cuidados geriátricos institucionales.

La EDDS - BOGOTÁ incluyó entre sus temas de investigación, la situación del Adulto Mayor, con temas como los de seguridad económica, el estado de salud y el entorno de las personas de 60 años y más. En el Cuestionario de Adultos Mayores residentes del hogar se indagó por aspectos del trabajo, el origen de sus ingresos y sus egresos, las personas dependientes, así como la calificación que le da a sus relaciones familiares y a su estado de salud física, mental o incapacitante. Las preguntas sobre accesibilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se obtienen al final del Cuestionario de Hogar, por ejemplo la afiliación al SGSSS, la percepción del estado de salud y las hospitalizaciones. También existe la posibilidad de conocer la proporción de personas mayores que viven solas o en distintos tipos de familias.

Subtema	Desarrollos
Características de la población de adultos mayores	Principales características demográficas de la población de adultos mayores
	Principales características socioeconómicas de la población de adultos mayores
Ingresos y dependencia económica	Trabajo en la semana anterior y razones para trabajar actualmente
	Razones por las que no trabajan actualmente los adultos mayores por características seleccionadas
	Forma de pago a los adultos mayores que trabajan, monto del salario mensual y número promedio de salarios mínimos según características seleccionadas
	Forma de pago a los adultos mayores que trabajan, monto del salario mensual y número promedio de salarios mínimos por localidad

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

	Fuente de ingresos no salariales para los adultos mayores que no trabajan por características seleccionadas
	Cobertura de gastos de casa, comida y ropa por características seleccionadas
	Cobertura de gastos médicos, paseos, transporte y otros por características seleccionadas
	Asistencia a programas alimentarios por características seleccionadas
Satisfacción del adulto mayor con su familia	Grado de satisfacción del adulto mayor con su vínculo familiar, por características seleccionadas
	Calificación del grado de satisfacción
Discapacidad	Adultos mayores con alguna discapacidad específica en los últimos 30 días por características seleccionadas
	Adultos mayores con alguna discapacidad específica en los últimos 30 días por departamento
	Adultos mayores con dificultad permanente por características seleccionadas
Salud mental	Síntomas de depresión en los adultos mayores en los 15 días anteriores a la encuesta por características seleccionadas
	Síntomas de depresión en los adultos mayores en los 15 días anteriores a la encuesta por localidad
Estado de salud	Enfermedades alguna vez diagnosticadas a adultos mayores por características seleccionadas
	Enfermedades alguna vez diagnosticadas a adultos mayores por departamento
	Adultos mayores con diagnóstico de enfermedades específicas en el último año por características seleccionadas
Accesibilidad a los servicios de salud	Estado de salud de los adultos mayores, episodios de enfermedad y utilización de los servicios en los últimos 30 días
	Consulta médica por lo menos una vez al año, problema de salud reciente, uso de servicios de salud por características seleccionadas
	Formulación de medicamentos, si fueron o no recibidos de la EPS y razón para la no entrega por características seleccionadas
	Hospitalización reciente, causa de la hospitalización y cubrimiento de los costos de la hospitalización por la EPS, según características seleccionadas
	Hospitalización reciente, causa de la hospitalización y cubrimiento de los costos de la hospitalización por la EPS, por departamento

CAPÍTULO IV. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE CAMPO

1. Aspectos generales

La supervisión es una actividad técnica especializada que contempla procesos y procedimientos para obtener resultados de calidad, consistentes con los objetivos y las metas propuestos en la investigación. Requiere un proceso de planificación, ejecución y retroalimentación constantemente.

La supervisión ayuda a identificar y evidenciar si los procesos y procedimientos impartidos durante la capacitación se están llevando a cabo de forma correcta y estandarizada contribuyendo a que los resultados sean satisfactorios así como identificar la mala aplicación de los diferentes procesos y procedimientos, los cuales lesionan de manera definitiva los resultados finales del estudio, razón por la cual se hace necesaria la supervisión teórica - práctica de los equipos de trabajo a partir de procedimientos y técnicas estandarizadas.

La supervisión de campo juega un papel muy importante dentro de todo el proceso de recolección de la información y la toma de las medidas antropométricas dentro del proyecto, garantizando que los productos sean de alta calidad.

1.1. *Objetivos*

Establecer parámetros para la recolección de información de calidad sobre la salud sexual y salud reproductiva de la población colombiana, a través del desarrollo del trabajo de campo

1.2. *Componentes del protocolo de supervisión del operativo de campo:*

- Supervisar y apoyar el desarrollo del operativo de campo con el fin de fortalecer el componente técnico, establecer tiempos y capacidad de cumplimiento de responsabilidades velar por la calidad de la información e identificar factores, que faciliten su desarrollo.
- Verificar técnicas en la aplicación de cuestionarios, toma de medidas antropométricas y acercamiento a las personas entrevistadas.
- Verificar diligenciamiento de formatos de control.
- Verificar que se lea a todas las personas entrevistadas los consentimientos informados para cada una de las diferentes encuestas a aplicar.
- Identificar los factores críticos del desarrollo del operativo de campo que pueden limitar el levantamiento de la información en cada uno de los componentes de la encuesta.
- Medir la eficacia de las acciones tomadas para mejorar la toma y captura de datos.
- Realizar el proceso de seguimiento y supervisión a todos los grupos del operativo de campo con especial énfasis en los que se detecten debilidades operativas.
- Mejorar las relaciones laborales y comunicación con las personas vinculadas al trabajo de campo
- Optimizar los recursos asignados para el desarrollo del trabajo de campo
- Elaborar planes de mejoramiento y diseñar alternativas, orientados a la superación de las debilidades y dificultades encontradas

- Verificar y exigir el cumplimiento de los procesos y procedimientos de acuerdo con las condiciones técnicas establecidas.

2. Metodología

El equipo a cargo del trabajo de campo (dirección de la encuesta, coordinación de la encuesta y dirección del trabajo de campo) es el ente responsable del desarrollo de todos los componentes anteriormente mencionados. Para tal efecto, se evalúa el desempeño de cada una de la supervisoras, encuestadoras y antropometristas, acompañando a todos los grupos en su trabajo. Todas las observaciones se anotan en los formatos de chequeo diseñados para tal efecto; si se presenta alguna anomalía en los puntos a evaluar se hace la observación necesaria. Se tiene un formato para evaluar a cada persona del equipo de trabajo y otro formato para evaluar los aspectos administrativos del Trabajo de Campo.

En la visita se identifican factores dinamizadores, se tramitan inquietudes, se identifican errores en la aplicación de los instrumentos (computador y papel), fallas en los equipos de cómputo o en los equipos de la antropometrista, entre otros. También apoya el análisis y definición de los diferentes mecanismos de solución para las dificultades encontradas.

Durante la supervisión se acompaña a los equipos en el levantamiento de la información en campo, con el fin de solucionar inquietudes técnicas, aplicar las acciones correctivas inmediatas ante errores sistemáticos o eventuales. Se indaga y observa en la práctica cada uno de los diferentes tipos de encuesta con el fin de garantizar la calidad de la información recolectada.

Al final de la supervisión se realiza una reunión con todo el grupo para informarles sobre los puntos positivos y negativos observados durante la visita y se hacen las recomendaciones si son necesarias para el mejoramiento y eficiencia del trabajo.

3. Instrumentos de supervisión

3.1. *Formato para supervisar a la Supervisora (ver anexo 7)*

- a. *Recepción de la encuesta.* La supervisora debe estar atenta a las dificultades y problemas que se puedan suscitar, con el fin de comunicarlos a la dirección de la encuesta para que ésta trate de solucionarlos mediante llamadas telefónicas directas a los hogares o alcaldías locales, o mediante nuevas cartas a la administración de los edificios, a las estaciones de policía.
- b. *Habilidad de las supervisoras para llegar a los segmentos.* La llegada a los segmentos asignados es obligación de la supervisora y cualquier problema de ubicación deberá resolverlo con la muestrista.

Se evalúa la habilidad de la supervisora para llegar al segmento. Si ha habido cambio en el uso de ciertas viviendas o éstas han sido demolidas o arrasadas, se debe registrar la explicación a este hecho. Puede ser, también, que haya un desarrollo urbano o semiurbano desde que se realizó el levantamiento de la muestra, en cuyo caso se debe mirar si se ha hecho bien la partición. *Se debe tener muy claro que no se aceptan reemplazos ni de segmentos, ni de viviendas, ni de hogares.*

- c. *Asignación y ubicación de los segmentos y las viviendas.* Se observa la habilidad de las supervisoras para asignar y ubicar los segmentos entre las encuestadoras y si éstas están identificando y visitando todas las viviendas correspondientes.
- d. *Distribución del trabajo entre las encuestadoras.* El trabajo debe ser bien distribuido por las supervisoras entre las encuestadoras, con el fin de que éstas se sientan tratadas con equidad y sin preferencias. Se comprueba que a cada encuestadora se le esté entregando un número similar de hogares que al resto de encuestadoras.
- e. *Formatos de la Supervisora.* Se observa si las supervisoras están diligenciando bien y a tiempo los formatos de “Productividad Diaria por Encuestadora” (Formato 2), “Resultados por Segmento” (Formato 3), “Control de Ejecución de Segmentos por Localidad” (Formato 4) e “Indicadores de Producción y Cobertura por Segmento Terminado” (Formato 5).
- f. *Recepción diaria de cuestionarios.* Se verifica que la supervisora al final de cada día esté recibiendo la información de cada una de las encuestadoras por medio del *bluetooth*.
- g. *Revisión de inconsistencias.* Se observa si la supervisora está revisando las entrevistas de hogar, las entrevistas individuales y las entrevistas de antropometría ya recibidas (opción 5 de la aplicación de la supervisora) para buscar posibles inconsistencias.
- h. *Backup de la información.* Se busca que una vez la supervisora haya cerrado los diferentes segmentos esté verificando que se haga la copia de seguridad en la memoria.
- i. *Actualizaciones bajadas y hechas.* Se verifica que la supervisora esté revisando su correo constantemente, que haya bajado de internet las actualizaciones enviadas desde la oficina central y las tenga en su carpeta UPGRADE; igualmente que cada una de estas actualizaciones esté en el computador de cada encuestadora.
- j. *Actualización archivo de control.* Después de haber recibido los datos de las encuestadoras, se debe revisar que en la aplicación de la supervisora se esté actualizando el archivo de control.
- k. *Revisión notas de entrevistadoras.* Se verifica que la supervisora, una vez tenga la información en su computador, lea las notas en las diferentes preguntas o las notas finales hechas por las encuestadoras al momento de llevar a cabo una encuesta
- l. *Envío de la información a la oficina central.* Se verifica que una vez que la supervisora cierre un segmento, éste sea enviado oportunamente a la oficina central.
- m. *Supervisión de los resultados de la encuesta:* Se observa cómo está manejando la supervisora los rechazos a la encuesta y los ausentes. Si la entrevistadora ha tenido que hacer muchas visitas o ha tenido muchos rechazos, ausencias temporales o si no ha encontrado a nadie en los hogares, se debe verificar estos casos haciendo visitas a tales hogares.

- n. *Habilidad de la supervisora para solucionar problemas.* Se evalúa el desempeño de la supervisora para dar solución a los problemas que se presentan tanto a nivel individual como grupal.
- o. *Cumplimiento cronograma.* Se hace una evaluación de los tiempos programados y realmente gastados en cada localidad.

3.2. *Formato para supervisar a la Encuestadora y antropometrista (ver anexo 8)*

- a. *Verificación de direcciones y de los jefes de hogares.* Se observa que las encuestadoras y antropometristas verifiquen las direcciones y el nombre del jefe del hogar para que no omitan ninguna vivienda. En algunos casos los hogares pueden ser distintos a los del MUMPRO I, en cuyo caso se debe hacer una actualización. Se debe revisar que no se hayan omitido las viviendas ocultas por estar en pasajes, callejones o lugares poco visibles. Se verifica que la supervisora haya comprobado, en ciertos casos, la evidencia de que se hizo la encuesta en aquellos hogares donde la encuestadora o antropometrista tuvo que regresar debido a que debía corregir ciertos datos o entrevistar a personas que no logró conseguir durante su primera visita.
- b. *Presentación y realización de la encuesta.* Se observa la manera cómo se presenta la encuestadora y antropometrista en cada hogar y su actitud ante las personas entrevistadas, así como el desarrollo de la entrevista. En cada grupo de trabajo se acompañará a todas las encuestadoras y antropometristas para presenciar cómo se comportan en el hogar y cómo realizan las entrevistas. Se observa, principalmente, su presentación personal, la forma como se presenta e introduce la encuesta, si explica sobre la importancia de los datos a recolectar y la confidencialidad de la encuesta. Así mismo, la forma como hace cada pregunta, como realiza los sondeos y si lee las preguntas textualmente. Adicionalmente para las antropometristas se observa la forma en que están tomando las medidas antropométricas.

Se debe tener en cuenta que la encuestadora no debe sugerir las respuestas a la entrevistada. Se verifica que la encuestadora le preste atención a los mensajes de alerta que arroja la aplicación mientras está realizando la encuesta. También se observa que la encuestadora y antropometrista no genere expectativas a las personas entrevistadas, ni apesure la entrevista. Paralelamente se debe desarrollar la evaluación de las supervisoras sobre el trabajo que han venido desarrollando sus encuestadoras y antropometrista.

- c. *Formatos de Visitas y Revisitas.* Se observa cómo están diligenciando las “*Hojas de Control Diario de Ejecución por Segmento*” (Formato 1) y cómo programan las revisitas. En este formato se anotan los hogares a ser entrevistados y las encuestas realizadas y pendientes. Estos formatos sirven para detectar si la falta de respuesta o los rechazos se deben a un desempeño deficiente de la encuestadora.
- d. *Backup de la información.* Se revisa que las encuestadoras siempre que estén realizando una entrevista tengan la memoria USB conectada al computador para que el backup se haga automáticamente; además que las encuestadoras mantengan en sitios diferentes la USB y el computador.

- e. *Entrega de la información a la antropometrista:* Se verifica que la encuestadora, una vez haya levantado la información del hogar, le entregue los formatos de peso y talla a la antropometrista.
- f. *Entrega de la información a la encuestadora:* Se verifica que la antropometrista, una vez haya levantado la información de todas las personas del hogar, le entregue los formatos de peso y talla a la encuestadora, para que sean digitados.
- g. *Revisión de inconsistencias.* Se observa que, una vez terminada la entrevista, la encuestadora y antropometrista revise la entrevista y arregle los posibles errores antes de salir del hogar. Si no hay error pero se genera una inconsistencia, debe aclarar con una nota en la pregunta correspondiente o en las notas finales.

3.3. *Formato para supervisar al equipo de trabajo (ver anexo 9)*

- a. *Carné de identificación, carta de presentación y manuales:* Tanto la supervisora como las encuestadoras y antropometristas deben llevar todos los materiales y equipos necesarios para la realización del día de trabajo, portar el carné de Profamilia, el chaleco y la cachucha. Deben llevar su carta de presentación y los manuales correspondientes.
- b. *Cuidado de los equipos de trabajo (computador, tallímetro, balanza).* Se evalúa cómo se están trasladando los equipos entre localidades, barrios y viviendas. Para que el trabajo de campo se desarrolle normalmente se requiere que las supervisoras, encuestadoras y antropometristas tengan todos los elementos que necesitan, sepan utilizarlos y los mantengan en perfecto estado. En caso de robo de algún equipo la encuestadora o antropometrista deberá poner el denuncia en la estación de policía y enviarlo a la oficina central.
- c. *Carga de baterías.* Se verifica que al momento de salir a realizar el trabajo de campo las baterías de cada uno de los computadores estén completamente cargadas, para evitar pérdida de información en caso de no poder conectar el equipo a la corriente en los hogares.
- d. *Elementos de dotación.* Se revisa que tanto las supervisoras como las encuestadoras y antropometristas estén usando todos los elementos proporcionados para el buen desarrollo de su trabajo.
- e. *Relaciones entre el grupo.* Se hace una reunión con todo el equipo de trabajo para determinar cómo están las relaciones entre las diferentes personas del grupo; en esa reunión debe estar la supervisora, encuestadoras y antropometrista. En caso de presentarse algún problema debe ser solucionado de inmediato.
- f. *Salida al campo.* Se observa que todo el equipo de trabajo este cumpliendo con el horario de salida al campo establecido por la supervisora, es decir, se verifica que las salidas al campo sean oportunas para así evitar retrasos en la realización del trabajo.

- g. *Vehículo.* Se verifica que el vehículo esté cumpliendo con las especificaciones requeridas, que se encuentre en buen estado, que sea cómodo para las personas y esté siendo usado con fines solo de trabajo.

- h. *Lugares de alojamiento.* En caso de ser necesario (Sumapaz), el lugar de alojamiento escogido por la supervisora debe estar de acuerdo con el buen nombre de las instituciones que están representando en ese momento las personas que están llevando a cabo la encuesta, con la capacidad económica de las encuestadoras, con la disponibilidad de hotel que haya en el lugar y con la seguridad que brinden éstos para guardar con la máxima seguridad los equipos y materiales de trabajo.

CAPÍTULO V. OPERATIVO DE CAMPO

1. Planeación

1.1. Definición de los formularios

El formulario básico corresponde a la planeación de las encuestas DHS desarrolladas por ICF Macro. En el comité técnico de la encuesta se ajustaron, adicionaron y quitaron algunos de los temas de la encuesta ENDS 2005; de esta manera se llegó a la definición de los cuestionarios finales, es decir, a la aprobación de los instrumentos por parte del comité de la encuesta.

Junto con los formularios se elaboro un consentimiento informado, el cual la encuestadora le leía a cada persona antes de comenzar cada tipo de encuesta. Además se creó un formato para que la antropometrista entregara en cada hogar encuestado un reporte sobre el estado nutricional de cada miembro del hogar (ver anexo 10).

1.2. Elaboración de manuales

Basado en los cuestionarios se elaboraron los manuales de supervisora, encuestadora y antropometrista, con el fin de capacitar a los grupos de trabajo y que estos tuvieran un soporte conceptual y metodológico de las variables a investigar. En el diseño de los manuales participaron los diferentes investigadores de la encuesta (ver anexos 11 a 13).

1.3. Curso de capacitación

El reclutamiento y la capacitación del personal de trabajo de campo fue una de las etapas más importantes del estudio, pues si no se contaba con personal con un óptimo nivel educativo, buena experiencia, capacitación y entrenamiento, se ponía en riesgo la calidad de la información que se iba a recolectar.

1.3.1 Entrenamiento en temas y conceptos generales

Durante la primera parte del curso se trataron aspectos generales que incluyeron:

- Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- Indicadores de calidad de vida
- Anticoncepción
- Indicadores de la infancia
- Prevención de cáncer de cuello uterino y de mama
- Lactancia materna
- Antropometría y valoración del estado nutricional en menores de 5 años
- Alimentación complementaria de la lactancia materna
- Salud infantil
- Atención de riesgos de embarazo, parto y postparto
- Violencia intrafamiliar
- VIH/Sida

- Demografía e indicadores demográficos
- Encuestas por muestreo
- Contratación de personal.

Una vez terminados los temas anteriores, se dio una explicación minuciosa de la parte operativa de la encuesta, específicamente en la definición de las responsabilidades, funciones y condiciones del contrato, haciendo gran énfasis en los causales de cancelación inmediata, en caso de poner en peligro la calidad de la investigación.

1.3.2. Entrenamiento en el concepto de muestra y manejo cartográfico

Se entrenó a todo el personal sobre la muestra y especialmente sobre su manejo: parámetros, normas y definiciones con las cuales se planeó trabajar desde el principio. Durante la explicación de estos aspectos se hizo mucho énfasis en las definiciones de segmento, hogar y vivienda, hasta que las candidatas dominaran totalmente estos aspectos.

1.3.3. Entrenamiento en el manejo de manuales y formatos de control

Se hizo entrega de los manuales a cada una de las personas participantes en el curso y se dieron las instrucciones respectivas sobre el manejo de la totalidad de los manuales. Durante el curso de capacitación se hicieron algunos ajustes a estos manuales.

1.3.4. Entrenamiento específico en la formas de llevar a cabo una entrevista y en el manejo de los formularios para cada uno de los temas

Se trabajó específicamente sobre cada uno de los cuestionarios: de hogar; individual; de prevención de cáncer de mama y del cuello uterino; y de adulto mayor, paralelamente con los manuales de la encuestadora y la supervisora. Se explicó claramente la importancia de cada pregunta; los diferentes tipos de preguntas y posibles respuestas; y el manejo de los pases y de los flujos. En esta parte se hizo mucho énfasis sobre técnicas de la entrevista y el manejo del calendario.

Adicionalmente a las supervisoras y antropometristas se les entreno en la toma de las medidas antropométricas (peso, talla y circunferencia de la cintura) y el manejo de los formatos correspondientes.

1.3.5. Entrenamiento en el manejo de CAPI

Cuando las supervisoras y las encuestadoras dieron cuenta de un satisfactorio conocimiento de los cuestionarios, se les capacitó en el manejo de computadores y específicamente en cómo desarrollar la encuesta de manera técnica y con la máxima calidad.

1.3.6. *Práctica en el manejo de los procedimientos, formularios y formatos en el campo*

Se desarrollaron prácticas mediante entrevistas simuladas, primero en frente de toda la audiencia y luego en pequeños grupos de 7 personas, en donde las encuestadoras hicieron la entrevista y las supervisoras el papel de encuestadas. Siempre se dejaron tareas para que todo el personal hiciera prácticas durante las noches y los fines de semana.

La práctica de las supervisoras y antropometristas se llevó a cabo en un jardín infantil del Distrito y con funcionarios de Profamilia.

1.3.7. *Evaluaciones escritas y orales*

Durante el desarrollo de todo el entrenamiento se hicieron evaluaciones escritas y prácticas para monitorear el desempeño de todo el personal asistente al curso de entrenamiento. Se evaluó también la habilidad y destreza de cada persona en el manejo de los cuestionarios y en el manejo de los computadores.

Igualmente se hizo observación directa de las entrevistas realizadas por las encuestadoras, evaluando la forma de presentarse, la explicación dada sobre los objetivos de la Encuesta, manejo de los cuestionarios (tanto en papel como por computador), facilidad para lograr una entrevista, el trato a las personas, la forma de sondear.

La selección del personal se realizó con base en el desempeño de las personas durante todo el curso y de los resultados de las diferentes evaluaciones. Algunas de las personas que no fueron seleccionadas inicialmente quedaron como reserva, en caso de que se presentará alguna dificultad durante el desarrollo del trabajo.

1.4 *Estandarización y calibración del personal y equipos*

El propósito del ejercicio de estandarización fue el de garantizar la calidad de la información en los diferentes módulos que componían la encuesta. Para lograr esto se realizó la estandarización tanto a las supervisoras, encuestadoras, nutricionistas y bacteriólogas.

1.4.1 *Supervisora y Encuestadora*

El propósito de la estandarización de las supervisoras y encuestadoras se fundamentó principalmente en: a) correcta forma de llevar a cabo una entrevista, b) buen manejo de los diferentes cuestionarios, c) correcto conocimiento de los conceptos y d) exacto registro de las diferentes respuestas en los cuestionarios.

Los resultados del ejercicio se analizaron básicamente en términos de precisión y exactitud, es decir, la destreza que tuvo cada una de las personas para realizar la encuesta en forma tal que una misma encuesta realizada por diferentes encuestadoras tuviera los mismos resultados.

Para seguir con el ejercicio de estandarización en el campo la supervisora hacía acompañamiento a las encuestadoras y verificaba básicamente que se estuviera cumpliendo con lo establecido en el curso de capacitación.

1.4.2 Antropometrista

El propósito de un ejercicio de estandarización de medidas antropométricas se fundamentó en: a) buen manejo del equipo de medición, b) correcta técnica en toma de la medida y c) correcto registro del dato en los formularios.

Los resultados del ejercicio se analizaron en términos precisión, o sea, la destreza que tuvo cada una de las antropometristas para repetir medidas con el mismo resultado y de *exactitud*, que es la destreza de tomar medidas en forma tal que se aproximen a la medida “verdadera” o patrón establecido. Una persona podía ser precisa consigo misma pero no exacta frente al patrón.

En campo las antropometristas debían repetir la medición de la estatura al menos dos veces para verificar que hubiera quedado bien. Si la diferencia era menor a 0.5 cm anotaba el segundo valor tomado. Si la diferencia era mayor a 0.5 cm entre las dos primeras medidas, debía tomar la medida una tercera vez y registrar el dato que se acercara más a este último.

Para la toma del peso, la antropometrista, debía repetir la medición al menos dos veces para verificar que hubiera quedado bien. Si la diferencia era menor a 0.5 kg anotaba el segundo valor tomado. Si la diferencia era mayor a 0.5 cm entre las dos primeras medidas, tomaba la medida una tercera vez y registraba el dato que se acercara más a este último valor.

1.4.3 Balanzas

Algunas de las balanzas utilizadas para pesar a las personas fueron balanzas electrónicas, debido a esto no se podía hacer una calibración manual. Cuando se detectaba que no estaban calibradas (pesando algo que no cambiara de peso, en forma constante) las antropometristas reportaban este suceso y se les cambiaba la balanza.

2. Prueba Piloto

La prueba piloto se desarrolló durante una semana, en el municipio de Tibasosa, departamento de Boyacá. Se seleccionó este municipio por no estar incluido en la muestra para evitar posibles sesgos. Los objetivos de esta actividad fueron analizar en forma minuciosa el comportamiento de los diferentes cuestionarios en su aplicación, el fraseo de las preguntas y también la logística que se había definido inicialmente. Esta prueba tuvo lugar en cuatro segmentos: dos urbanos y dos rurales con dos grupos completos de trabajo. Esta prueba piloto se desarrolló utilizando el sistema CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing), es decir, usando computadores portátiles y se extendió hasta el cierre completo de los cuatro segmentos y el procesamiento de toda la información obtenida.

La prueba piloto se realizó con personas que habían trabajado en ENDS 2005, se conformaron dos grupos de trabajo cada uno compuesto por una supervisora, cinco encuestadoras, una nutricionista.

La prueba piloto permitió la corrección de algunas preguntas de los cuestionarios, modificar el fraseo de algunas preguntas, adicionar palabras que faltaban, establecer tiempos de referencia,

comparar ciertas preguntas, aclarar otras, adicionar opciones de respuesta cuando fue necesario, verificar filtros y saltos.

2.1 Consideraciones generales sobre la prueba piloto

- Era necesario que la encuestadora una vez finalizara la encuesta de hogar, debía diligenciar la primera parte del formato de peso y talla, para ser entregado a la antropometrista para que inmediatamente empezara a realizar su trabajo y de esta manera no se generarán retrasos.
- Era importante realizar reuniones diarias sobre el desarrollo del trabajo de campo, para detectar problemas e identificar y adoptar soluciones.
- Se clarificaron todas las dudas y preguntas relacionadas con la vacuna pentavalente.
- Todo el personal que iba a laborar en el operativo de campo, debía conocer las funciones y responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo.
- Se sugirió que los diferentes equipos llevarán curvas de crecimiento infantil (peso y talla) para poder contestar correctamente las preguntas e inquietudes de los padres y familiares relacionadas con los resultados de los niños.
- Se sugirió que la aplicación de la escala de seguridad alimentaria fuera aplicada por las encuestadoras.
- Mantener durante el desarrollo del trabajo de campo un bajo perfil ante la comunidad.

3. Preparación del operativo de campo

<i>Logística de salida inicial</i>	Elaboración de contratos para todo el personal
	Consecución de seguros de vida para todo el personal
	Definición de rutas terrestres para cada grupo de trabajo
	Organización de los equipos de trabajo
	Compra de materiales
	Entrega inicial de materiales y equipos
	Entrega inicial del dinero para gastos generales
	Entrega inicial del dinero a las supervisoras para transporte y cajas menores
	Elaboración de cartas de presentación para cada una de las personas de los grupos, alcaldes de las localidades, inspecciones de policía y cartas para los jefes de hogar.
	Plan posterior de entrega de dinero para gastos generales, transporte, caja menor y materiales
<i>Logística de llegada intermedia</i>	Recepción de materiales
	Legalización del dinero entregado a cada una de las supervisoras
	Recepción de equipos
<i>Logística de salida intermedia</i>	Entrega de materiales y equipos
	Entrega de dinero para gastos generales
	Entrega de dinero a las supervisoras para transporte y cajas menores
	Plan posterior de entrega de dinero para gastos generales, transporte, caja menor y materiales
	Plan posterior de legalización mensual de cajas menores y transporte
<i>Recepción de la información</i>	Definición del plan de envío de la información a la oficina central en Bogotá, por parte de las supervisoras:
	- Fechas
	- Responsable de la entrega
	- Responsable de la recepción
	- Formato de entrega y recepción
<i>Supervisión del trabajo de campo</i>	Elaboración del plan de supervisión:
	- Número de visitas en el campo
	- Personas encargadas
	- Lugares
	- Fechas
	Organización y desarrollo de reuniones las supervisoras y el grupo de trabajo

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

	Toma de medidas correctivas y su aplicación
<i>Logística de llegada final</i>	Recepción de materiales y equipos
	Informe final de supervisoras
	Legalización final de cajas menores
	Legalización final de transporte
	Pago al personal del trabajo de campo
	Liquidación de contratos del personal

4. Ejecución del operativo de campo

Para realizar el trabajo de campo de la Encuesta Distrital de Demografía y Salud, se conformaron 10 grupos de trabajo, cada uno conformado por una supervisora, cuatro encuestadoras y una antropometrista.

A cada uno de estos grupos se le asignó una ruta de trabajo, estas rutas fueron establecidas teniendo en cuenta el número de segmentos por localidad y la ubicación de cada localidad.

La ejecución del trabajo de campo se realizó en aproximadamente un año de labores: se inició en junio de 2010 y se suspendió transitoriamente en diciembre dado que durante las vacaciones de fin de año la composición de los hogares tiene la tendencia a cambiar. Posteriormente, se reinició la recolección de la información en febrero de 2011 y se trabajó ininterrumpidamente hasta mayo del mismo año.

4.1. Desagregación del operativo de campo por localidad

Año	Localidad	Barrios
2010	Antonio Nariño	Ciudad Berna
		Policarpa
		San Antonio
		Restrepo Occidental
		Santander Sur
	Barrios Unidos	La Castellana
		Los Andes (Portal de Vizcaya)
		Portal del J. Vargas
		Modelo Popular
		Multifamiliar Doce de Octubre
		Simón Bolívar
		Colombia
		Benjamin Herrera
		Polo Club
		Once de Noviembre
	Bosa	Olarte
		Villa del Río
		La Paz
		Villa Nohora
		San Martín
San Joaquin		
Urbanización Chicalá		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2010	Bosa	El Remanso
		Conj. Caminos de San Diego I
		La Estación
		Piamonte 2do. Sector
		Asavivir
		Laureles
		Carlos Albán (Miraflores)
		Conj. Parques de Villa Anita
		José Antonio Galán
		Manzanares
		Alameda del Parque. Etapa 12
		Osorio X (Tekoa 7)
		Conj. Senderos del Porvenir III
		Alameda del Rio Atalayas
		Santiago de las Atalayas Sector II
		Recreo de San Ignacio
		Quintas del Recreo III
		Villas de Vizcaya
	Chapinero	Chicó
		Rosales
		Nogal
		Granada
		Chapinero Alto
		Quinta Camacho
		Chapinero
		Lourdes
	Ciudad Bolívar	Mochuelo La Esperanza
		Lagunitas Urbano
		Madelena
		La Coruña
		Arborizadora Baja
		Ronda
		Las Acacias
		Ronda
		Juan José Rondón
		Lucero del Sur
		San Rafael
		Villa Gloria
		Gibraltar Sur
		Paraiso Quiba
		Los Alpes
		El Tesoro
Nueva Esperanza		
El Ensueño		
La Estancia		
Rincón de Galicia		
Galicia		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2010	Ciudad Bolívar	El Peñon del Cortijo
		La Primavera I
		Perdomo Alto
		Las Brisas
		Jerusalén
		La Pradera
		Arborizadora Alta
		Villa Candelaria
	Engativa	Metropolis
		Ferías
		Acapulco
		Estrada
		La Estradita
		San Joaquin
		Minuto de Dios
		Tisquesuza
		París Gaitán
		Quirigua
		Bachue I
		Bachue
		Bachue II
		Santa María del Lago
		Santa Elenita
		San José de la Granja
		Soledad Norte
		Florencia
		Santa Rosita
		Zarzamora
		Normandia
		El Encanto (Urb. El Portal)
		Torre Campo
		La Isabela
		Bolivia Real I
		Ciudadela Colsubsidio
		Bolivia
		Bochica III
		Los Angeles
		Garces Navas
		Villas de Granada
		Plazuelas del Virrey
Villas de Alcalá		
Bosques de Mariana		
Brisas Tierragrata		
Villa Gladys		
El Muelle		
Villa Claver		
Sabana del Dorado		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2010	Engativa	Santa Librada
		Faena
		Villa Sandra
		Isabela
	Fontibón	Versalles
		La Cabaña
		Ferrocaja
		Guadual
		El Carmén
		Belén
		Centro
		La Giralda
		San Pablo Jerico
		El Refugio
		Zona Franca
		Sabana Grande
		Kasandra
		La Esperanza Norte
		Salitre Occidental
		Ciudad Hayuelos
		Tintal Central
	Modelia	
	Modelia Occidental	
	San José de Fontibón	
	La Candelaria	La Concordia
		Santa Bárbara
	Los Mártires	Eduardo Santos
		Santa Isabel
		La Sabana
		Santa Fe
	Puente Aranda	Colseguros
		La Asunción
		Primavera Occidental
		Jorge Gaitán Cortés
La Camelia		
San Eusebio		
Remanso Sur		
Autopista Sur		
Alcalá		
Autopista Muzu Oriental		
Barcelona		
Galán		
La Trinidad		
Puente Aranda		

Año	Localidad	Barrios
2010	Kennedy	Hipotecho
		Hipotecho Occidental
		Providencia Oriental
		Providencia
		Providencia Occidental
		La Campiña
		Alqueria La Fragua
		Las Delicias
		Pio XII
		Castilla
		Nuevo Techo
		Las Dos Avenidas
		Villa Alsacia II
		Ciudad Techo II
		Ciudad Kennedy Sur
		Ciudad Kennedy Central
		Ciudad Kennedy Norte
		Pastrana
		Casablanca
		Boita
		Timiza B
		La Cecilia
		Roma
		Catalina I
		Timiza C
		Santa Catalina
		Tintala
		Calandaima
		Galan
		Gran Britalia
		Chucua de la Villa II
		Chucua de la Vaca I
		Class
		Gran Britalia
		El Carmelo
		Jorge Uribe Botero
Casablanca Sur		
Campo Hermoso		
El Paraiso		
Los Almendros		
Provivienda Occidental		
Dindalito		
Las Margaritas		
Marsella		
Villa Alsacia		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2010	Rafael Uribe Uribe	Gustavo Restrepo
		Hospital San Carlos
		Sosiego Sur
		Quiroga
		Libertador
		Inglés
		Villa Mayor
		San Jorge Sur
		Granjas San Pablo
		Marco Fidel Suarez
		Molinos del Sur
		Marruecos
		Callejón Santa Barbara
		Puerto Rico
		Cerros del Oriente
		San Agustin
		Diana Turbay Arrayanes
		La Picota Oriental
	La Paz	
	San Cristóbal	Buenos Aires
		Las Mercedes
		Tibaque Urbano
		Santa Inés Sur
		Los Alpes
		Las Brisas
		San Cristobal Sur
		Nariño Sur
		Granada Sur
		Bello Horizonte
		Atenas
		Villa de Los Alpes
		La Victoria
		Altamira
		Quindio
		San Martín Sur
		Las Guacamayas
		Altos de Zipa
	El Pinar	
	Santa Rita Sur Oriental	
	Peninsula	
	Santa Fe	La Perseverancia
		La Alameda
Veracruz		
Las Cruces		
Los Laches		
Ramírez		
Girardot		

Año	Localidad	Barrios
2010	Suba	San José de Bavaria
		Villa del Prado
		Mirandela
		Mirandela (San Pedro)
		Britalia
		Mazuren
		Portales del Norte
		Victoria Norte
		Prado Pinzón
		Prado Veraniego
		Prado Veraniego Norte
		Prado Veraniego Sur
		Santa Elena
		Mónaco
		Puentelargo
		Estoril
		Colinas de Cantabria
		Portales del Norte
		Casablanca
		Ciudad Jardín Norte
		Niza
		Potosi
		Julio Florez
		La Campiña
		El Pino
		Rincón de Santa Inés
		Pinar de Suba
		Tibabuyes
		Almendros
		Tuna Baja
		Los Naranjos
		El Ruby (Rincón)
		Rincón Norte
		Aures
Villa Elisa		
Costa Azul		
Villa María		
El Poa		
Lago de Suba		
Altos de Chozica (Ed. Los Pinos)		
Lech Walesa		
Lombiardía		
San Cayetano (El Rincón)		
Potrerillo		
Nueva Tibabuyes		
Toscana		

Año	Localidad	Barrios
2010	Suba	Sabana de Tibabuyes
		Tibabuyes Dos
		Tibabuyes Occidental
		San Pedro
		Santa Cecilia
		Tibabuyes
	Teusaquillo	San Luis
		Quesada
		Galerías
		Park Way (La Soledad)
		Teusaquillo
		Palermo
		Nicolás de Federman
		Pablo VI
		Quinta Paredes
		Salitre
	Tunjuelito	Tunal Oriental
		Venecia Occidental
		Samore
		Fatima
		Isla del Sol
		Santa Lucía
		Abraham Lincoln
		San Benito
	Usme	La Flora
		Danubio
		La Fiscalía Norte
		La Aurora
		Santa Librada
		San Luis
		Marichuela
		San Felipe de Usme
		Monteblanco
Chuniza		
El Virrey		
Serranías		
Chapinerito		
El Nuevo Portal		
Puerta al Llano de Usme		
Centro Usme Urbano		
El Tunó		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2010	Usaquén	Canaima
		San Antonio
		Urbanización Ivazú
		Conjunto Torres de Andalucía
		Buena Vista 1er. Sector
		Balcones de San Carlos
		Alameda de San Antonio II
		Soratama
		San Cristobal Norte
		Sauzalito Norte
		Barrancas
		Santa Cecilia Alta
		Conjunto La Pradera
		Rincón del Parque
		Conjunto Icata U4
		Cedritos
		Santa Bárbara
		Cedritos
		Cedritos
		Contador
		Cedritos
		Capri I (Cedritos)
		Caobos
		Bella Suiza
		San Gabriel Norte
		Chico
	Calleja	
Chico Navarra		
Santa Bárbara		
Molinos del Norte		
Santa Bárbara		
Sumapaz	Nazareth	

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	Antonio Nariño	Caracas
		Ciudad Berna
		Ciudad Jardín Sur
		Eduardo Frey
		La Fragua
		La Fragueta
		Policarpa
		Restrepo
		Restrepo Occidental
		San Antonio
		Santander
		Santander Sur
		Sena
		Sevilla
		Villa Mayor Oriental
	Barrios Unidos	Alcazares
		Alcazares Norte
		Baquero
		Concepcion Norte
		El Rosario
		EntreRios
		Jorge Eliecer Gaitan
		Jose Joaquin Vargas
		Juan XXIII
		La Aurora
		La Castellana
		La Esperanza
		La Patria
		Los Andes
		Metropolis
		Muequeta
		Polo Club
		Popular Modelo
Rionegro		
San Felipe		
San Fernando		
San Miguel		
Siete de Agosto		
Simon Bolivar		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	Bosa	Bosa
		Brasil
		Charles de Gaulle
		Ciudadela El Recreo II
		El Corzo
		El Danubio Azul
		El Jardin
		El Retazo
		Escocia
		Gran Colombiano
		Gualoche
		Islandia
		Jose Maria Carbonel
		La Independencia
		Olarte
		Parcela El Porvenir
		Paso Ancho
		Remanso Urbano
		San Antonio
		San Bernardino I
		San Bernardino II
		San Bernardino Potreritos
		San Bernardino XIX
	San Diego-Bosa	
	San Pablo Bosa	
	Santa Fe Bosa	
	Villa Anny I	
	Villa del Rio	
	Villas del Progreso	
	La Candelaria	Belén
		Centro Administrativo
		Egipto
		La Catedral
La Concordia		
Las Aguas		
Lourdes		
San Francisco Rural		
Santa Bárbara		
Antiguo Country		
Bellavista		
Bosque Calderon		
Chapinero Central		
Chico Norte		
El Chico		
El Nogal		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	La Candelaria	El Paraiso
		Emaus
		Granada
		Ingemar Oriental
		La Cabrera
		La Esperanza
		La Salle
		Lago Gaitan
		Las Acacias
		Los Rosales
		Maria Cristina
		Marly
		Pardo Rubio
		Porciuncula
		San Luis Altos del Cabo
	Sucre	
	Ciudad Bolívar	Arabia
		Arborizadora Alta
		Bellavista
		Candelaria La Nueva
		Caracoli
		Compartir
		El Chircal Sur
		El Ensueño
		El Mirador
		Estrella del Sur
		Galicia
		Ismael Perdomo
		Juan Pablo II
		La Coruna
		La Estancia
		Lagunitas Urbano
		Los Alpes Sur
		Los Laureles II
Los Tres Reyes I		
Lucero Alto		
Madelena		
Maria Cano		
Millan		
Potosi		
San Francisco		
Sierra Morena		
Sotavento		
Verona		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	Engativa	Bochica
		Bonanza
		Bosque Popular
		El Cortijo
		El Madrigal
		Engativa Zona Urbana
		Florida Blanca
		Garces Navas Sur
		Los Ángeles
		Los Cerezos
		Marandu
		Normandía Occidental
		Santa Helenita
		Bochica
		Bonanza
		Bosque Popular
	El Cortijo	
	El Madrigal	
	Engativa Zona Urbana	
	Florida Blanca	
	Garces Navas Sur	
	Los Ángeles	
	Los Cerezos	
	Marandu	
	Normandía Occidental	
	Santa Helenita	
	Kennedy	Chucua de La vaca III
	Kennedy	Ciudad Kennedy
Kennedy	Ciudad Kennedy Norte	
Kennedy	Ciudad Kennedy Occidental	
Kennedy	Patio Bonito	
Kennedy	Timiza A	
Kennedy	Tintala	

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	Fontibón	Atahualpa
		Belén Fontibon
		Bosque de Modelia
		Capellania
		Ciudad Hayuelos
		El Carmen Fontibon
		El Chanco I
		El Refugio
		El Tintal Central
		Ferrocaja Fontibon
		Guadual Fontibon
		La cabana Fontibon
		La Esperanza Norte
		La Esperanza Sur
		La laguna Fontibon
		Modelia
		Modelia Occidental
		Puente Grande
		Puerta de Teja
		Sabana Grande
		Salitre Occidental
	San José de Fontibon	
	San Pablo Jericó	
	Santa Cecilia	
	Versalles Fontibon	
	Villemar	
	Los Mártires	Colseguros
		Eduardo Santos
		El Liston
		El Progreso
		El Vergel
		Florida
		La Estanzuela
La Favorita		
La Pepita		
Ricaurte		
Samper Mendoza		
San Victorino		
Santa Fe		
Santa Isabel		
Usatama		
Veraguas		
Voto Nacional		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	Puente Aranda	Alquería
		Autopista Muzu
		Autopista Sur
		Barcelona
		Bochica
		Colon
		Comuneros
		Cundinamarca
		Galan
		Jorge Gaitán Cortes
		La Asuncion
		La Camelia
		La Pradera
		Montes
		Ospina Pérez
		Primavera Occidental
		Provivienda Norte
		Puente Aranda
		Remanso Sur
		Salazar Gómez
	San Eusebio	
	San Francisco	
	San Gabriel	
	San Rafael	
	Santa Matilde	
	Tejar	
	Tibana	
	Rafael Uribe Uribe	Arboleda Sur
		Arrayanes V
		Bravo Páez
		Centenario
		Cerros de Oriente
		Claret
		Diana Turbay
		Diana Turbay Arrayanes
		El Playon
Granjas de Santa Sofía		
Granjas San Pablo		
Gustavo Restrepo		
Hospital San Carlos		
Ingles		
La Paz		
La Picota		
La Resurreccion		
La Resurreccion I		
Los Molinos		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	Rafael Uribe Uribe	Marco Fidel Suarez
		Marruecos
		Murillo Toro
		Olaya
		Palermo Sur
		Puerto Rico
		Quiroga
		Quiroga central
		San Agustín
		San José Sur
		San Luis
		Santa Lucia
		Sosiego Sur
		San Cristóbal
	Altamira	
	Altos del Poblado	
	Bellavista Sur	
	Bello Horizonte	
	Buenos Aires	
	Córdoba	
	El Paraiso	
	Granada Sur	
	Juan Rey (La Paz)	
	Juan Rey Sur	
	La Gloria Occidental	
	La Gloria Oriental	
	Las Gaviotas	
	Las Guacamayas	
	Las Lomas	
	Los Libertadores	
	Modelo Sur	
	Moralba	
	Nueva Delhi	
	Nueva Gloria	
	San Blas	
	San Cristóbal Sur	
	San José Sur Oriental	
	San Martín Sur	
	San Pedro	
	San Vicente	
Santa Ana Sur		
Santa Inés Sur		
Veinte de Julio		
Velodromo		
Villa de los Alpes		
Vitelma		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	Santa Fe	Bosque Izquierdo
		El Dorado
		El Guavio
		El Rocío
		Girardot
		La Alameda
		La Capuchina
		La Macarena
		La Pena
		La Perseverancia
		Las Aguas
		Las Cruces
		Las Nieves
		Los Laches
		Lourdes
		Ramírez
		Rural Santa Fe
		Sagrado Corazón
		Samper
		San Bernardino
		San Diego
		San Francisco Rural
	Veracruz	
	Suba	Iberia
		Sabana de Tibabuyes
	Sumapaz	San Antonio - Capitolio
		San Antonio - Concepción
		Betania
		El Istmo
		El Tabaco
		El Toldo
		La Unión
		Lagunitas
		Las Vegas
		Las Animas
		Las Auras
Las Palmas		
Las Sopas		
Los Ríos		
Nazaret		
Peñalisa		
Raizal		
San Antonio		
San Juan		
Santa Rosa Alta		
Santa Rosa Baja		

1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011

Año	Localidad	Barrios
2011	Sumapaz	Santo Domingo
		Tarquécitos
		Tunal Alto
		Tunal Bajo
	Teusaquillo	Acevedo Tejada
		Alfonso López
		Banco Central
		Belalcazar
		Campin
		Campin Occidental
		Centro Nariño
		Chapinero Occidental
		Ciudad Salitre Nor-Oriental
		Ciudad Salitre Sur-Oriental
		El Recuerdo
		El Salitre
		Estrella
		Galerías
		Gran América
		La Esmeralda
		La Soledad
		Las Américas
		Nicolás de federman
		Ortezal
		Palermo
		Paulo VI
		Quesada
		Quinta Paredes
	Rafael Núñez	
	San Luis	
	Santa Teresita	
	Teusaquillo	
	Tunjuelito	Abraham Lincoln
El Carmen		
Fátima		
Isla del Sol		
Muzu		
Nuevo Muzu		
Samore		
San Benito		
San Carlos		
San Vicente Ferrer		
Tunal Oriental		
Tunjuelito		
Venecia		

Año	Localidad	Barrios
2011	Usaquén	Acacias Usaquén
		Barrancas
		Bella Suiza
		Caobos Salazar
		Cedritos
		Cedro Salazar
		El Toberin
		El Verbenal
		Estrella del Norte
		Horizontes Norte
		La Calleja
		La Carolina
		La Pradera Norte
		La Uribe
		Las Orquideas
		Lisboa
		Los Cedros
		San José de Usaquén
		San Patricio
		Santa Ana
		Santa Bárbara Central
	Santa Bárbara Occidental	
	Tibabita	
	Verbenal San Antonio	
	Usme	Alaska
		Antonio José de Sucre
		Barranquillita
		Bolonia
		Centro Usme Urbano
		Chuniza
		Comuneros
		El Nuevo Portal
		El Progreso Usme
		El Refugio I
El Virrey		
Gran Yomasa		
Granada Sur		
La Andrea		
La Aurora		
La Cabaña		
La Comuna		
La Esperanza de Usme		
La Esperanza Sur		
La Reforma		
Marichuela		
Monteblanco		

Año	Localidad	Barrios
2011	Usme	Nuevo San Andrés
		Porvenir
		Rincón del Valle
		San Juan Bautista
		Santa Librada
		Tihuaque
		Tocaimita Oriental
		Usminia
		Villa Diana
		Villa Israel

5. Evaluación operativo de campo

En general el trabajo de campo se desarrollo en el tiempo previsto. Se presentaron inconvenientes como rechazos y ausencias; en especial en los segmentos de estrato alto la cobertura fue baja.

La mayoría de los rechazos se presentaron en los conjuntos cerrados, debido a que algunos de los administradores con los que se pudo establecer contacto no permitieron la entrada al conjunto, otros argumentaron que se tenían que reunir con el consejo y que darían una respuesta, en otros casos como la encuesta coincidió con el cambio de administradores en algunos conjuntos se debía esperar una respuesta por parte del nuevo administrador y en otros conjuntos ni siquiera permitieron el contacto con los residentes argumentando que a estas personas no les interesaban las encuestas o que estaban prohibidas las encuestas en esos conjuntos, en algunos conjuntos manifestaron que por seguridad no daban información, así se hubiera hecho una sensibilización previa, igualmente los celadores poco colaboraron y cuando se logró entrar a algunos de los conjuntos, los administradores solo dieron uno o dos días de permiso para realizar la encuestas a todos los apartamentos seleccionados.

En algunos de los conjuntos cerrados ni siquiera dieron una respuesta, a pesar de visitarlos en varias ocasiones.

Otro inconveniente que se presento no solo en los conjuntos cerrados sino en general en todos los barrios fue la gran inseguridad que se presenta en la ciudad, las personas de las casas no abrían la puerta a pesar de dejarles la carta de presentación con los teléfonos de Profamilia.

Algunos de los motivos dados por las personas para no participar de la encuesta fueron:

- Estudio no sirve porque nunca se ven resultados
- No disponibilidad de tiempo
- No tiene importancia el tema

- No respondían la encuesta porque tenían seguro
- Las personas que necesitan este tipo de encuestas son las que pertenecen a los estratos bajos
- No encuentran beneficios con la encuesta ni para las personas que las responden ni para la comunidad
- La población de los adultos mayores que no aceptó la encuesta argumentaron que no necesitaban nada, que eran pensionados, que tenían seguro.
- Las ausencias que se presentaron se debieron a que las personas elegibles tenían largas jornadas de trabajo y la permanencia en el hogar era poca; aunque se realizaron revisitas fue imposible encontrar a todos los integrantes de los hogares.
- En la parte rural (Sumpaz) fue dispendioso acceder a las casas debido a las distancias entre una casa y otra, en varias ocasiones el grupo de trabajo tuvo que dormir en las veredas para no hacer más largo el desplazamiento.
- Para la realización de la encuesta en el corregimiento de San Juan (Sumapaz) se encontró bastante oposición por parte de las personas, debido a que las personas están muy prevenidas con todo lo que tiene que ver con el Gobierno, pues ellos piensan que las encuestas se las realizan para subirles el estrato o sacarlos de sus tierras.

5.1. Supervisión

La supervisión del trabajo de campo se realizó por parte de Profamilia, de acuerdo al Protocolo de Supervisión. Los problemas o inconvenientes fueron solucionados a tiempo.

Cuando se presentó alguna duda por parte de las supervisoras o encuestadoras, las supervisoras fueron o llamaron a la oficina central para aclararla las dudas, esta aclaración se hacía para todos los grupos por medio de internet o de una llamada telefónica a cada supervisora.

Las actividades realizadas por parte de Profamilia durante las visitas de supervisión fueron las siguientes:

- Acompañamiento a las encuestadoras durante las entrevistas, para observar la manera de llevar a cabo la entrevista, ver si estaban leyendo textualmente las preguntas, si estaban realizando bien el sondeo, si escogían bien las opciones según la respuesta.
- Charla con la supervisora para hacer el análisis general del avance del trabajo de campo, cómo se estaba el cumplimiento del cronograma, el cumplimiento del envío de segmentos cerrados a la oficina central, problemas con los equipos de trabajo y las relaciones interpersonales en el grupo.
- Asesoría en el cierre de segmentos con problemas.

- Revisión de inconsistencias en las entrevistas diligenciadas. Las inconsistencias las reportaba la aplicación CsPro, mediante la producción de listados de inconsistencias por cada segmento. Esta revisión se hizo con cada una de las encuestadoras con el objetivo de que tuvieran presente sus errores y mejoraran el registro de los datos.
- Reunión con el grupo de trabajo el último día de la visita para hablar sobre las experiencias durante el trabajo de campo, los problemas encontrados y posibles soluciones.

Durante las supervisiones las principales observaciones fueron las siguientes:

- Para poder tener las edades exactas de los residente, se dio la instrucción de que en lo posible se solicitará a los encuestados el documento de identificación y así de esta manera se podía tener una fecha exacta de nacimiento.
- Algunas encuestadoras no estaban leyendo textualmente el consentimiento informado.
- Las encuestadoras no mostraban a las personas encuestadas la carta de presentación, en la cual se explicaba el objetivo de la encuesta, las instituciones participantes y el nombre con número de identificación de cada encuestadora.
- No se estaba registrando los dos apellidos de las personas, esto era importante para verificar los núcleos familiares.
- Se hizo nuevamente un refuerzo en la pregunta sobre escolaridad, se debía verificar que el último año de escolaridad hubiera sido aprobado.
- En las preguntas sobre etnia y discapacidad se les indicó nuevamente que se debía hacer a cada una de las personas del hogar encuestado.
- Las encuestadoras no estaban confirmando cuando se iniciaba la entrevista de seguridad alimentaria, si la persona que está contestando la entrevista era la misma que prepara los alimentos.
- En algunos casos no estaban pidiendo el recibo de energía para comprobar el estrato, como era lo indicado.
- Una inconsistencia observada fue la relación entre la fecha de nacimiento de la mujer y la fecha de inicio de la primera unión, esta inconsistencia se estaba presentando porque el computador no mandaba un mensaje de alerta, se les indicó que debían hacer consistencia con las fechas de nacimiento, fecha de la primera unión, fecha de la primera relación sexual y fecha de nacimiento de los hijos, para que todos estos eventos fueran consistentes.
- En cada visita de supervisión se les recordó principalmente que la encuesta individual se debía hacer en forma confidencial y sin la presencia de ninguna persona y en especial la

importancia de cuidar la calidad de la información, las coberturas y el cumplimiento del cronograma.

5.1.1. *Control de calidad de proceso y datos*

Considerando que los resultados de la investigación eran de enorme importancia en la toma de decisiones y formulación de políticas para mejorar las condiciones de salud de Bogotá, se hizo necesario que la información obtenida en la encuesta fuera de óptima calidad. Esto implicó el máximo esfuerzo de todo el equipo de recolección, pues demandó una revisión constante y cuidadosa del material diligenciado.

El propósito de observar una entrevista por parte de la supervisora era evaluar y mejorar el trabajo de la encuestadora y buscar posibles errores y malas interpretaciones que no se podían detectar con la simple revisión del cuestionario. La supervisora durante el transcurso del trabajo de campo observó muchas veces a cada entrevistadora, de esta manera si la encuestadora había cometido un error este era detectado y corregido inmediatamente por la supervisora, esta fue una de las formas de garantizar la calidad de la información durante la recolección de la información.

Además durante este acompañamiento a las encuestadoras la supervisora tomaba nota sobre las áreas y puntos problemáticos para discutir más tarde con cada entrevistadora. Era importante que la supervisora no interviniera durante la entrevista, sólo podía intervenir en caso que la entrevistadora hubiera cometido serios errores.

Otra forma de garantizar la calidad de la información fue mediante la revisión diaria del trabajo de las entrevistadoras por parte de las supervisoras de cada grupo, de esta manera se aseguró que la recolección de datos se mantuviera en el más alto nivel a través del tiempo que duró la encuesta.

Esta supervisión se hizo constantemente durante todo el trabajo de campo, pues las entrevistadoras podrían cometer errores al comienzo debido a la falta de experiencia o por la falta de familiaridad con el cuestionario, lo cual se corrigió con una capacitación adicional a medida que la encuesta iba avanzando y hacia el final de la encuesta, las entrevistadoras podrían aburrirse y volverse menos activas en anticipación de la finalización del trabajo y dejar pasar por alto ciertos detalles importantes.

Con el formato de Productividad Diaria por Encuestadora se determinó el desempeño diario de cada entrevistadora y antropometrista. Permitted evaluar para cada día de trabajo el volumen de encuestas realizadas por la entrevistadora así como el número de personas pesadas y medidas. Además permitió medir el rendimiento de cada persona y comparar su desempeño.

Con el formato de Control de Ejecución de Segmentos por Localidad se mantuvo un control continuo sobre el desempeño del grupo en cada municipio. Este instrumento le permitió a la supervisora reportar semanalmente el avance de la encuesta a la coordinación central.

Finalmente los indicadores que se reportaron en el formato de indicadores de Producción y Cobertura por Segmento Terminado fueron la base de la evaluación de todo el desarrollo de la encuesta frente a los volúmenes de trabajo global programados inicialmente y al calendario de actividades establecido.

Además las aplicaciones utilizadas para la recolección de la información permitieron verificar directamente en campo los rangos de las variables, detectar inconsistencias, hacer imputaciones de fechas de eventos y controlar el flujo interno de los datos durante la entrevista.

5.1.2. Cobertura y encuestas

En el siguiente cuadro se presenta el número de hogares, mujeres en edad fértil, mujeres de 50 a 69 años, personas de 60 años y más y personas de 0 a 64 años para peso y talla seleccionadas para aplicar la encuesta; además se presenta el número de hogares, mujeres en edad fértil, mujeres de 50 a 69 años y personas de 60 años y más que fueron entrevistadas; también se presenta el número de personas medidas y talladas y para cada uno de estos grupos la tasa de respuesta.

Número de hogares, número de entrevistas y tasas de respuesta según tipo de encuesta

Entrevistas de hogar		Entrevistas a mujeres (13-49 años)	
Hogares ocupados	13,804	Mujeres elegibles	11,255
Hogares entrevistados	10,411	Mujeres entrevistadas	10,186
<i>Tasa de respuesta</i>	<i>75.4</i>	<i>Tasa de respuesta</i>	<i>90.5</i>

Entrevistas a mujeres (18-69 años)		Antropometría (personas 0-64 años)	
Mujeres elegibles para citología	14,353	Número de personas elegibles	34,161
Mujeres entrevistadas para citología	13,009	Número de personas medidas	25,594
<i>Tasa de respuesta</i>	<i>90.6</i>	<i>Tasa de respuesta</i>	<i>80.8</i>

Adulto Mayor (personas 60 años y más)	
Personas elegibles	3,774
Personas entrevistadas	3,360
<i>Tasa de respuesta</i>	<i>89.0</i>

5.1.3. Rechazos

De los 1.200 segmentos se presentaron 20 rechazos totales, especialmente en la localidad de Chapinero en los segmentos de estratos 5 y 6 y específicamente en los conjuntos cerrados; además un segmento resultó inexistente (anteriormente había sido una invasión).

De los 20 rechazos, 12 se presentaron en la localidad de Chapinero, 2 en Fontibón, 1 en La Candelaria, 2 en Sumapaz, 1 en Barrios Unidos, otro en Teusaquillo y otro en la localidad de Suba.

En el siguiente cuadro se presenta el porcentaje de hogares de la muestra que rechazaron la encuesta sobre el total de hogares esperado por localidad.

Localidad	Porcentaje sobre el total esperado
Usaquén	13.3
Chapinero	22.5
Santa Fe	2.9
San Cristóbal	2.6
Usme	2.1
Tunjuelito	1.2
Bosa	2.4
Kennedy	7.6
Fontibón	13.6
Engativá	5.4
Suba	11.9
Barrios Unidos	16.7
Teusaquillo	14.0
Los Mártires	4.6
Antonio Nariño	4.5
Puente Aranda	9.0
La Candelaria	7.4
Rafael Uribe Uribe	2.4
Ciudad Bolívar	2.0
Sumapaz	5.8

6. Balance general del operativo de campo: problemas, limitaciones y soluciones

6.1 Problemas y limitaciones

- Rechazo de las encuestas por parte de las personas, debido a que las personas están cansadas de responder encuestas.
- Dificultad y demora para obtener el permiso por parte de los administradores en los conjuntos cerrados.
- Negativa por parte de los administradores para entrar a los conjuntos cerrados para aplicar la encuesta.
- Inseguridad presentada en los diferentes segmentos.
- Demora en algunos desplazamientos entre los diferentes barrios debido al tráfico presentado en la ciudad.
- Aplicación del cuestionario en papel debido a la inseguridad que se presentó en general en toda la ciudad.
- La situación de inseguridad en algunas zonas, obligó a las supervisoras a pedir acompañamiento por parte de la policía para poder entrar a ciertos lugares y realizar la encuesta, además en estos lugares solo se podía trabajar hasta ciertas horas del día.
- Robo y daño en algunos de los equipos de trabajo.
- Acceso a las diferentes casas en la zona rural de Sumapaz, debido a las grandes distancias, al invierno y al mal de las vías.
- Previsión por parte de los habitantes de la localidad de Sumapaz, especialmente en San Juan, con todo lo relacionado con el Distrito.

- Ausencia de las personas a ser entrevistadas debido a sus múltiples ocupaciones (trabajo o estudio).
- Rechazo de la encuesta de por parte de las personas mayores pues argumentan que no necesitan nada.

6.2 *Soluciones*

- Para lograr el permiso de trabajo en algunos conjuntos cerrados, fue necesario enviar más de una carta, enviar toda la información por correo electrónico o llamar directamente a los administradores desde la oficina central, a pesar de que se les había entregado con anterioridad una comunicación.
- Para superar el impase de la inseguridad en algunas zonas se decidió que las encuestadoras realizaran las encuestas en papel, aunque se retrasará un poco la recolección de la información.
- En las ocasiones en que los computadores se dañaron, las encuestadoras hicieron los cuestionarios en papel mientras a la supervisora le era entregado otro computador.
- En Profamilia se le informó a las personas del conmutador sobre la encuesta para que estuvieran en capacidad de dar información en caso de que los residentes llamaran.

6.3 *Consideraciones generales*

- La capacitación rigurosa, se vio reflejada en la calidad de la información recolectada.
- El buen nombre y buena imagen de las instituciones que realizaron el estudio, en algunas localidades, facilitó la entrada a los hogares y se obtuvo buena acogida y colaboración por parte de los entrevistados.
- Las bajas coberturas en algunas localidades se presentaron debido a las ausencias de las personas de los hogares principalmente como se vio a lo largo del informe porque las personas trabajan y/o estudian y por más visitas que se hicieran en los hogares nunca se encontraban.
- Los rechazos se presentaron por los problemas de inseguridad que tienen algunos lugares de la ciudad, esto hace que las personas desconfíen y no permitan el ingreso a sus hogares de personas extrañas.

6.4 *Recomendaciones*

- Se debe informar con anterioridad a todos los alcaldes de las localidades sobre la realización de la encuesta y sus objetivos, esto con el fin de evitar la falta de información que conlleva a la pérdida de muestra, ya que las personas llaman para confirmar la veracidad de la encuesta y en algunos lugares les responden que no saben nada acerca del estudio que se está realizando.
- Para los segmentos ubicados en zonas de alta inseguridad se debe contactar con anterioridad a la policía y a los líderes de la respectiva zona, para lograr desarrollar exitosamente la encuesta.
- Se debe tener claro que el estudio exige tener disponibilidad los 7 días de la semana y prácticamente 16 horas al día para todas las personas que participan en el proyecto.
- Se debe tratar de no realizar encuestas simultáneamente de diferentes instituciones, debido a que la gente se satura de contestar encuestas y esto hace que las personas rechacen alguna encuesta.

CAPÍTULO VI. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN. BASES DE DATOS

La información de calidad que necesitan los investigadores para sus análisis, requiere del adecuado procesamiento de las bases de datos, consistente en una serie de etapas para depurar al máximo la información obtenida durante la etapa de recolección. Para ello se debe obtener la información recogida por las entrevistadoras y antropometristas en bases de datos lo más depuradas de errores, para poder ofrecerla a los investigadores previo análisis de las mismas; y unificar una base final depurada, a fin de que pueda ser utilizada por diferentes instituciones y sectores para fines investigativos posteriores.

1. Metodología

- Durante el procesamiento se utilizan diversos medios electrónicos como computadoras portátiles (PC), Internet, GPS, programas como el *BlueTooth* y tarjetas SD para transmitir la información de las segmentadoras a las entrevistadoras, de éstas a las supervisoras y, finalmente, a la oficina central.
- Algunas etapas se llevan a cabo en el campo y otras en la oficina central.
- Se revisan inconsistencias.
- Se cierran los segmentos y se transmite la información recolectada en el computador para segmentos terminados.
- En la oficina central se aceptan los segmentos cerrados y se devuelven algunos de ellos para su comprobación en el campo.
- Se generan tablas parciales de calidad y cobertura de la información, listados de avance de la información, y archivos parciales para cada encuesta.
- Se revisan las inconsistencias y los archivos finales
- Se generan indicadores y variables nuevas y se obtienen los tabulados finales.

2. Flujo de la información

2.1. *En el campo*

- Asignación de hogares a las encuestadoras por parte de la supervisora utilizando la información del listado de viviendas registradas en el Mumpro II por las segmentadoras, durante el levantamiento de la muestra, por vía *BlueTooth*.
- Desarrollo de las entrevistas de hogar y Seguridad Alimentaria.
- Transferencia de parte de la información de los hogares a la antropometrista.
- Desarrollo de entrevistas a MEF, Prevención de Cáncer, Adulto Mayor.
- Toma por parte de las antropometristas de las medidas antropométricas.
- Revisión de inconsistencias directamente durante las entrevistas.
- Entrega en las noches de los formularios de peso y talla por parte de las antropometristas a las encuestadoras para su respectiva grabación.
- Revisión de inconsistencias por parte de la supervisora en las noches.
- Transmisión de los datos recolectados en el día a la supervisora por parte de las entrevistadoras por medio de *Bluetooth*.
- Cierre de los segmentos en la aplicación del computador, cuando la supervisora ha recibido todos los datos de un segmento.
- Envío diario a través del Internet de los segmentos cerrados.

2.2. *En la Oficina Central de Profamilia*

- Recibo en la oficina central de los segmentos cerrados llegados del campo.
- Aceptación de los segmentos recibidos, es decir se hace una revisión de la estructura de cada segmento; solo si están bien se pueden recibir, de otra manera se informa a la supervisora que envió el segmento inaceptable, para que lo revise y lo vuelva a enviar.
- Revisión de inconsistencias en las encuestas por cada segmento.
- Generación de tablas parciales de calidad, en las que es posible ver los niveles de cobertura de cada uno de los tipos de encuesta del estudio, por grupo de trabajo de campo.
- Generación de listados de avance del trabajo de campo. Se puede observar el número de hogares visitados por segmento y por tipo de encuesta.
- Generación de archivos parciales.
- Revisión de inconsistencias al finalizar el trabajo de campo, sobre los archivos finales.
- Revisión de la estructura de los archivos finales.
- Imputación de datos en los archivos finales.
- Recodificación de variables, generación de nuevas variables e indicadores, en los archivos finales.
- Generación de tabulados.
- Análisis de los resultados.

3. Manejo de la base de datos de la EDDS

Para la obtención de las bases de datos finales de la EDDS - BOGOTÁ se llevaron a cabo los siguientes procesos:

1. Recolección de la información utilizando un sistema de entrada de datos por computador desarrollado con el software CSPro. Este sistema consta de 3 módulos Módulo para el manejo de las entrevistas, módulo de supervisión para mantener el control de la muestra y de los datos recolectados y módulo para la oficina central a donde llega toda la información final del campo.
2. Depuración de los datos. Durante las entrevistas el sistema de entrada de datos hace revisión de rangos y solo permite la entrada de datos válidos, además hace validación de inconsistencias entre respuestas y eventos. Cuando los datos llegan a la oficina central se hace otra revisión de inconsistencias por cada segmento recibido y finalmente cuando se tienen consolidada la información por segmentos en un solo archivo se hace también una revisión general de inconsistencias.
3. Remoción de información confidencial. Se retira de los archivos el nombre y las direcciones de las personas.
4. Unión de los archivos de segmentos. A la oficina central llega un archivo con información de los hogares y un archivo con información de las entrevistas individuales. Cuando se ha terminado el trabajo de campo se une la información de los segmentos y se generan dos grandes archivos el archivo de hogares y el archivo de individuales.
5. Revisión de la estructura de los datos. Para revisar la estructura de los datos, es decir que no estén duplicadas las llaves, que todas las encuestas individuales tengan su correspondiente hogar, que todas las encuestas tengan el número de registros correspondientes, etc.), se unen el archivo de hogar y el archivo individual y luego se

ordenan por número de segmento, número de vivienda-hogar y número de línea de la persona.

6. Procesamiento de “otras respuestas”. Se hace un análisis de las otras respuestas para cada variable que tenga esta opción y se reubican en las categorías existentes, si es pertinente o se generan nuevas categorías, si el número de casos lo amerita.
7. Incorporación de los factores de ponderación a los archivos.
8. Imputación de los datos. Se calculan datos válidos para fechas incompletas mediante una metodología especial.
9. Revisión de edades. Se revisa que la edad de una misma persona sea igual en los diferentes archivos en donde ha quedado registrada.
10. Generación del índice de riqueza mediante una metodología especial.
11. Creación de las desviaciones estándar para antropometría en menores de 5 años y para antropometría en personas de 5 a 18 años, según la metodología de la OMS y creación de las desviaciones estándar para antropometría en menores de 5 años utilizando la metodología de CDC/NCHS.
12. Exportación de los archivos a formato SPSS. Una vez los datos están depurados, se les ha revisado la estructura, se han imputado las fechas de los eventos, se han creado las desviaciones estándar y el índice de riqueza, los archivos se convierten en archivos SPSS.

CAPÍTULO VII. DIVULGACIÓN DE LA PRIMERA ENCUESTA DISTRITAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD

1. Informe presentación de resultados Edds 2011

El miércoles 31 de agosto se realizó en el Salón Bolívar del Hotel Tequendama, la presentación de los resultados de la Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud - Edds 2011 - realizada por Profamilia gracias a la financiación de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Para la presentación de resultados de la encuesta Profamilia adquirió el compromiso de desarrollar material audiovisual que permitiera difusión y comprensión de los indicadores contenidos en la investigación.

- Elaboración resumen de prensa (ver anexo 14)
- Diseño de invitaciones (Rueda de Prensa presentación de resultados)
- Diseño presentación de resultados
- Sitio Web
- Afiche con cuadro de resultados
- DVD – Multimedia interactiva con documento de la encuesta, resumen de prensa y sitio web
- Bolsa para material
- Comunicados de prensa

Miércoles 31 de agosto Presentación de resultados

Mesa principal

Dra. Clara López - Alcaldesa Mayor de Bogotá

Dra. Ángela Gómez de Mogollón – Presidenta de Profamilia

Dra. Claudia Gómez – Directora Nacional de Investigaciones de Profamilia

Invitados primeras mesas

Dra. Elvira Forero - Directora Nacional del ICBF

Dra. María Isabel Plata - Directora de Profamilia

Dra. Cristina Arango - Secretaria Distrital de Planeación SDP

Dra. Inés Elvira Roldán - Secretaria Distrital de Integración Social SDIS

Dr. Jorge León - Subsecretario de Planeación Socio-económica SDP

Dr. Leonardo Rodríguez - Director de Diseño y Análisis Estratégico SDIS

ORDEN DEL DÍA

1. Dra. Ángela Gómez de Mogollón
Presidenta de Profamilia
2. Dra. Clara López
Alcaldesa Mayor de Bogotá
3. Dra. Claudia Gómez
Directora Nacional de Investigaciones de Profamilia

Presentación de resultados de la Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud - 2011
Para dar paso a las preguntas, se invitará a pasar a la mesa principal a los técnicos de cada una de las Secretarías:

Dr. Jorge León - Subsecretario de Planeación Socio-económica SDP

Dr. Leonardo Rodríguez - Director de Diseño y Análisis Estratégico SDIS

Quienes, por parte del Distrito, darán respuesta a las preguntas.

4. Preguntas

Medios asistentes:

La rueda de prensa contó con la asistencia de 30 periodistas de los diferentes medios de comunicación.

Medio	Nombre
ADN	Ana María Leño
Cablenoticias	Mariana Bolaños
Canal Capital - Noticias	José Borbón
Canal Capital	Ricardo Pérez
Canal ET	Alix Johana Cruz Ruiz
RCN Televisión	Viviana Llorente
Caracol Radio - En Familia	Marcela Segura
Caracol Radio - Hoy por Hoy	Yarid Montaña
Caracol Radio - Hoy por Hoy	María Fernanda Martínez
Caracol Televisión- Día a Día	Ilse Milena Borrero
City Tv - Arriba Bogotá	Ginna Paola Chávez
Colmundo Radio	Yinett Mejía
Colprensa	Karina Useche
Diario Mío	Diana Salinas
El Espectador	Juan Camilo Maldonado
El Periódico de los Colombianos	Juan Manuel Gómez
El Tiempo	Laila Abu Shihab
El Tiempo	Lucevin Gómez
Noticiero CM&	Claudia Vásquez
Primera Página	Freddy Gómez
Radio Melodia	Juan Carlos Gonzáles
RCN Radio	Luis Rojas
RCN Radio – La FM	Luz Helena Fonseca
Telepaís	Liliana Salas
Todelar	Sandra Forero

Publicaciones hasta septiembre 09 de 2011

Radio	22
Prensa	12
Televisión	20
Internet	12
Total	66

Ver anexo 15, Dossier con registro de medios monitoreados por Competencia Plus.

CAPÍTULO VIII. INFORME ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO (Ver anexo 16)

A N E X O S (Digitales)

Capítulo I. Protocolo de investigación

Anexo 1. Cuestionario de hogar

Anexo 2. Cuestionario individual

Anexo 3. Cuestionario sobre prevención del cáncer de cuello uterino y mama

Anexo 4. Cuestionario de adulto mayor

Anexo 5. Cuestionario de antropometría

Capítulo III. Plan de análisis

Anexo 6. Guidelines For The Measure DHS Phase II. Main Survey Report.

Capítulo IV. Protocolo de supervisión – operativo de campo

Anexo 7. Formato para supervisar a supervisora

Anexo 8. Formato para supervisar a encuestadora y antropometrista

Anexo 9. Formato para supervisar al equipo de trabajo

Capítulo V. Operativo de Campo

Anexo 10. Formato de reporte de estado nutricional por IMC y peso y talla

Anexo 11. Manual de Supervisora

Anexo 12. Manual de Encuestadora

Anexo 13. Manual de Antropometría

Capítulo VII. Divulgación de los Resultados de la Encuesta Distrital de Demografía y Salud

Anexo 14. Resumen de Prensa

Anexo 15. Dossier

A N E X O (Impreso)

Capítulo VIII. Informe Financiero

Anexo 16. Informe financiero