

# PROFAMILIA

## PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD

---

ENDS 2015

**Gerencia de Investigaciones Profamilia**

## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

<b>INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO<sup>1</sup>:</b>	
Título: ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2015	
Epidemiólogo de apoyo del Grupo de Estudios en Epidemiología y Demografía: IVET PERNETT	
Dirección responsable del proyecto en el Ministerio de Salud y Protección Social: DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA	
Integrantes del comité técnico: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA –PROFAMILIA-	
CDPNúmero/Fecha/Valor: (Diligenciado por MSPS)	
A qué proyecto pertenece? (si aplica convenios/contratos con otras instituciones Diligenciado por MSPS):	
<b>INFORMACION DE LA INSTITUCION PROPONENTE</b>	
Entidad: ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA - PROFAMILIA	
Representante Legal: MARTA ELENA ROYO	
Dirección: CALLE 34 # 14 - 52	Ciudad: BOGOTÁ
Teléfonos: 3390900	
Director del proyecto: CLAUDIA GÓMEZ LÓPEZ	Teléfono 3390900
Correo electrónico: <a href="mailto:cpgomez@profamilia.org.co">cpgomez@profamilia.org.co</a>	
<b>INFORMACION PRESUPUESTAL DEL PROYECTO – Según propuesta de la entidad</b>	
Duración del Proyecto (en meses): 22 meses	
Presupuesto :	
Valor del proyecto para Ministerio:	\$ 7.924.747.646
Valor Contrapartida (si aplica) Profamilia:	\$ 1.295.506.028
ONU Mujeres:	\$ 17.690.140
OSI:	\$ 4.532.000
UNFPA:	\$184.800.000
USAID:	\$157.250.000
DANE:	\$100.000.000
<b>Valor total (MSPS + Contrapartida):</b>	<b>\$ 9.593.065.294</b>

<sup>1</sup> Formato adaptado y siguiendo las recomendaciones de la guía para la presentación de proyectos de investigación científica y tecnológica del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación.- COLCIENCIAS.

## TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	JUSTIFICACIÓN.....	6
III.	PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN.....	8
3.1.	Objetivo general.....	8
3.2.	Objetivos específicos.....	8
3.3.	Marco teórico.....	9
3.3.1.	El estudio de los cambios demográficos.....	9
3.3.2.	La Encuesta Nacional de Demografía y salud en Colombia.....	13
3.4.	Sistema de Enfoques EDNS 2015.....	28
3.4.1.	Enfoque de Derechos.....	29
3.4.2.	Perspectiva de Género.....	32
3.4.3.	Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.....	33
3.5.	Diseño Metodológico.....	34
3.5.1.	Diseño de instrumentos de investigación y planes de análisis.....	34
3.5.2.	Prueba piloto.....	37
3.5.3.	Muestra Ends 2015.....	46
3.5.4.	Trabajo de campo.....	68
3.5.5.	Procesamiento y análisis de la información.....	73
3.5.6.	Socialización de resultados.....	75
IV.	SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.....	77
4.1.	Control de calidad en la identificación de los hogares de la muestra.....	77
4.2.	Control de calidad en el trabajo de campo.....	80
4.3.	Control de calidad en la recolección de los datos.....	87
4.4.	Depuración de los datos.....	89
4.5.	Imputación de los datos.....	90
V.	CÓDIGO DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.....	91
5.1.	Código de ética en investigación y sistema de salvaguarda y confidencialidad.....	93
VI.	PRESUPUESTO.....	97
VII.	CRONOGRAMA.....	98
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	99
IX.	ANEXOS.....	102

## CONTENIDOS DEL PROYECTO

### I. INTRODUCCIÓN

La presente es la propuesta de investigación para llevar a cabo la Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015, un estudio de cobertura nacional, con representatividad urbana y rural, para seis regiones<sup>2</sup>, 16 subregiones<sup>3</sup>, para cada uno de los departamentos (32) de Colombia y para las áreas metropolitanas de las cuatro<sup>4</sup> principales ciudades del país, en forma independiente.

En Colombia desde 1990 se realiza, cada 5 años, la ENDS. Esta periodicidad ha permitido que la encuesta se constituya en un instrumento básico para la medición de los cambios demográficos del país y para evaluar las diferentes políticas y programas orientados a mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil (13 a 49 años).

Atendiendo las necesidades de información del país, y al ejercicio de especialización de las encuestas que hacen parte del Sistema Nacional de Estudios en Salud liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social; en la sexta versión de la ENDS se fortalecerá el *componente demográfico* al introducir un nuevo capítulo que dé cuenta de los cambios en la estructura de la población, así como en la composición de los hogares; se retomarán las preguntas de la ENDS 2005 sobre migración interna e internacional, y se incorporará un módulo sobre mortalidad, el cual incluye mortalidad infantil, neonatal, en la niñez, y mortalidad materna y adulta.

En el *componente de salud sexual y salud reproductiva* se fortalecerá la información sobre fecundidad a través de la historia de nacimientos y la inclusión de preguntas que permitan ahondar sobre el fenómeno de la fecundidad adolescente. Así mismo, en la ENDS 2015 se ampliará las preguntas referidas a la educación para la sexualidad y sobre aborto e interrupción voluntaria del embarazo (IVE); y se incluirá un capítulo sobre roles de género y autonomía sexual y reproductiva.

Desde 1990 la población objetivo de la encuesta ha sido las mujeres en edad reproductiva (13 a 49 años) pero en la sexta versión también se entrevistarán hombres en edad reproductiva (13 a 59 años). Dicha inclusión permitirá conocer a profundidad los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de los hombres, y por lo tanto contar con información para enfrentar las disparidades entre los géneros y por lo tanto dar respuestas a los compromisos internacionales adquiridos en las Conferencias de Población y desarrollo (1994 y 2013), así como al Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) sobre acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

La presente propuesta de investigación da cuenta de un estudio epidemiológico, descriptivo y cuantitativo. La ENDS 2015 se desarrollará en un periodo de 20 meses aproximadamente. La

---

<sup>2</sup> Colombia se divide en 6 regiones: Caribe, Oriental, Central, Pacífica, Amazonía y Orinoquía y Bogotá.

<sup>3</sup> En las 6 regiones se encuentran 16 subregiones

<sup>4</sup> Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla

investigación tendrá tres etapas: En la primera se elaborará el protocolo de investigación a partir de 15 sesiones de discusión con expertos/as para la validación de los contenidos de los capítulos de la encuesta, con el fin de fortalecer el instrumento de investigación, así como el plan de análisis de la información. Así mismo se adelantará la prueba piloto tanto para probar el instrumento y el sistema de captura de la información como para estandarizar el proceso de levantamiento de la información. Y en tercer lugar se hará la capacitación del equipo a cargo del operativo de campo.

La segunda fase corresponde al levantamiento y procesamiento de la información. Y la tercera, al análisis y socialización de los resultados. Para la difusión de los resultados se hará una presentación general y tres presentaciones en cada una de las ciudades principales: Medellín, Cali y Barranquilla. De igual manera se elaborará un artículo científico sobre el proceso y/o los resultados del estudio.

La ENDS 2015, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, será desarrollada por la Gerencia de Investigaciones de Profamilia<sup>5</sup>, entidad privada, sin ánimo de lucro, afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), con 47 años de experiencia en el campo de la salud sexual y reproductiva<sup>6</sup>, y 30 años de experiencia en el desarrollo de encuestas poblacionales por muestreo probabilístico.

Al igual que en los años anteriores (1990, 1995, 2000, 2005, y 2010) la ENDS contará con un Comité Técnico interinstitucional e intersectorial que hará seguimiento a las diferentes fases para el desarrollo de la encuesta y monitoreará la calidad de la información que se genere.

La presente propuesta de investigación contiene ocho apartados, en el primero se hace una breve presentación del protocolo, en el segundo se desarrolla la justificación para la realización de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. En el tercer apartado se da cuenta de todos los componente teóricos y metodológicos de la encuesta, en el cuarto se presenta el Sistema de Control de Calidad de los Datos, diseñado para la operación estadística de la ENDS 2015. En el quinto apartado se describe el código de ética de la encuesta; y por último se presenta el presupuesto y el cronograma de actividades.

---

<sup>5</sup> El equipo de investigación de Profamilia está compuesto por : Claudia Gómez López, directora general; Ana Vega coordinadora general de la encuesta y experta en sistematización y análisis de información; Juan Carlos Vargas, supervisor temático; Rocio Murad, estadística, demógrafa y muestrista; Marcela Sánchez, ingeniera de sistemas y experta en trabajo de campo; dos auxiliares operativos; y una auxiliar administrativo y financiero. Así mismo, para la formulación de los planes de análisis y el análisis de la información se contará con un grupo de 18 expertos/as temáticos. Ver anexo 1. Equipo de investigación.

<sup>6</sup> Desde 1970 Profamilia desarrolla investigaciones Socio-demográficas, Clínicas y Epidemiológicas en el área de la salud con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva. La entidad está reconocida como grupo de investigación por el Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación de la República de Colombia-Colciencias y adicionalmente la ENDS cuenta con la certificación de calidad estadística del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas –DANE-. Para mayor información ver: [www.profamilia.org.co](http://www.profamilia.org.co). Ver anexo 2. Certificación experiencia Profamilia; y Ver anexo 3. Certificación grupo de investigación de Profamilia por Colciencias

## II. JUSTIFICACIÓN

Los resultados de las ENDS permitirán identificar diferencias importantes en el acceso y disfrute del derecho a la salud de todos los grupos poblacionales y de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, hombres y adolescentes. Esta información es de vital importancia ya que el país se encuentra inmerso en un proceso en el que el desarrollo social ha sido mayor que el crecimiento económico; la desigualdad del ingreso es mayor que en los años cincuenta y en el que pese al progreso en la cobertura en educación primaria, la informalidad laboral para los trabajadores sin educación superior ha crecido sustancialmente<sup>7</sup>.

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (2011), en Colombia el 37 por ciento de la población es pobre: (15,2 millones de personas); 4,7 millones de habitantes se encuentran en la indigencia<sup>8</sup> y 2,4 millones viven con menos de 1,25 dólares per cápita por día<sup>9</sup>. Colombia se encuentra entre los 15 países más desiguales del mundo con un coeficiente de Gini a nivel nacional del 56 por ciento; las diferencias en la incidencia de la pobreza no son exclusivas de las zonas rurales (50 por ciento), también hay divergencia entre las 13 ciudades más grandes (23 por ciento) y las otras regiones del país. Los departamentos más pobres son Chocó, Cauca, Guajira, Sucre, Córdoba y Magdalena cuyos porcentajes de población pobre están alrededor del 65%<sup>10</sup>.

Con relación al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de acuerdo con el informe presentado por la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación<sup>11</sup>, pese a que Colombia ha logrado cumplir algunas metas tales como la cobertura en educación básica (preescolar, primaria y secundaria), la atención institucional del parto, y el aumento en la tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa; no hay grandes avances en el promedio de años de educación de la población entre 15 y 24 años; en la reducción de la mortalidad materna; ni en el porcentaje de adolescentes que son madres o están en embarazo.

La realidad colombiana estudiada en las ENDS mostrará la evolución de indicadores de salud como la variación de la tasa de fecundidad<sup>12</sup>; también entregará evidencia sobre el avance en otros indicadores como el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas<sup>13</sup>; o la variación del porcentaje de mujeres que han sido víctimas de la violencia de género.

---

<sup>7</sup> Gaviria Alejandro. Encuesta nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Ministerio de Salud y Protección Social y Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia., 2010.

<sup>8</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Condiciones de vida. Pobreza en Colombia. Informe 2011.

[http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/cp\\_pobreza\\_2011.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/cp_pobreza_2011.pdf).

<sup>9</sup> Departamento de Planeación Nacional. Colombia 2011. Informe de Informe de Seguimiento a los objetivos de Desarrollo del Milenio. Análisis Regional. <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=B9ESuDJxwMM=&tabid=1157>

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> Departamento Nacional de Planeación. Colombia 2005. Conpes Social 91. Ver: <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=el4ljDmOr0Q%3D&tabid=340>

<sup>12</sup> La tasa total de fecundidad en 1990 fue de 2,9 hijos por mujer y en 2010 llegó a 2,1 hijos por mujer.

<sup>13</sup> El porcentaje de adolescentes que han sido madres o están embarazadas en el momento de la encuesta en 1990 fue del 13 por ciento, en 2010 es del 19,5 por ciento.

Sin embargo el aporte más importante de la ENDS 2015 será el poder contar con indicadores sobre salud sexual y salud reproductiva de hombres y mujeres. Por ello es necesario garantizar la continuidad de las ENDS para que el país cuente con información válida y oportuna para medir dichos cambios y tomar decisiones para el desarrollo de políticas públicas orientadas al desarrollo socioeconómico con énfasis en los grupos poblacionales más necesitados.

Debido a la importancia de la información que le provee la ENDS al país, la ENDS hace parte del *Plan Estratégico Nacional de Estadísticas –PENDES-*, el cual permite a productores y usuarios de información estadística conocer su oferta, ubicación y calidad, para satisfacer la demanda y apoyar la mejora del diseño, producción, análisis y difusión de la estadística colombiana, la formulación, seguimiento y evaluación de políticas y, en general, la toma de decisiones.

Es así como las ENDS han proveído información de vital importancia para la formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 y 2014, el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006); la Ley por una vida libre de violencia contra las mujeres (Ley 1257 de 2008), los Documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES- # 147 sobre embarazo adolescente y # 161 sobre equidad de género; y fue sustento para el proceso de formulación del capítulo sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos del Plan Decenal de Salud 2012 – 2016.

Adicionalmente, la ENDS hace parte estudios que conforma el *Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud*, sistema liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual busca integrar todas las fuentes de información sobre los temas de salud y fortalecer la calidad y cobertura de la información con el fin de contar con insumos suficientes e idóneos para la toma de decisiones informadas y formulación de políticas públicas en salud que redunden en la calidad de vida de la población colombiana<sup>14</sup>.

La ENDS 2015 servirá de insumo para el seguimiento, evaluación y formulación de políticas públicas en pro del bienestar de la población colombiana. Así mismo la información que se obtenga será complementaria a la que se genere a partir de los otros 23 estudios que componen el *Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud*.

---

<sup>14</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Documento confidencial en proceso de impresión. Capítulo 1. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, Bogotá, 2014.

### III. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

A continuación se desarrollan uno a uno los componentes del protocolo de investigación de la ENDS 2015, en el cual se establecen los objetivos generales y específicos, el marco conceptual que a partir del cual se harpa la formulación de los instrumentos de investigación y el análisis de la información, el diseño metodológico, en el que se da cuenta del alcance del tamaño de la muestra para la encuesta, el trabajo de campo, el procesamiento y análisis de la información, y los mecanismos para la difusión de los resultados.

#### 3.1. Objetivo general

Establecer los cambios demográficos de la población colombiana ocurridos en los últimos 5 años (2010 – 2015), y obtener información actualizada sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres en edad fértil.

#### 3.2. Objetivos específicos

- Identificar los cambios en la estructura poblacional del país en los últimos 5 años y las actuales características socioeconómicas de la población colombiana.
- Establecer las actuales condiciones habitacionales de las viviendas y la composición de los hogares colombianos.
- Establecer las características socioedemográficas de hombres y mujeres en edad reproductiva con énfasis en el acceso a la educación y a los servicios de salud de la población colombiana.
- Estimar los niveles de migración internacional, y las características de los emigrantes, así como de su emigración.
- Estimar los niveles de mortalidad materna a partir de preguntas sobre la sobrevivencia de las hermanas de las personas entrevistadas.
- Estimar los niveles de mortalidad adulta a partir de preguntas sobre la sobrevivencia de los hermanos y hermanas de las personas entrevistadas.
- Establecer la variación de los determinantes próximos (edad de la primera relación sexual, edad de la primera unión, uso de métodos anticonceptivos y tipo de unión) de la fecundidad de las mujeres de 13 a 49 años y los hombres de 13 a 59 años.
- Determinar los niveles y tendencias del uso de los servicios de salud materno e infantil

- Evaluar la participación y percepción de las mujeres en edad fértil (13 a 49 años) y de los hombres de 13 a 59 años sobre la educación para la sexualidad.
- Estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida, el autoexamen de seno, la citología vaginal, la mamografía, el examen de próstata y autoexamen testicular.
- Estimar los niveles de violencia psicológica, económica, física y sexual contra las mujeres y hombres y determinar los niveles de tolerancia a la violencia de género.
- Medir los niveles de autonomía de las mujeres y de los hombres en la toma de decisiones del hogar, del cuidado de su salud, del manejo de su dinero y sobre la vivencia de su sexualidad.
- Establecer la percepción de los roles de género en la vivencia de la sexualidad de hombres y mujeres.
- Establecer inequidades entre hombres y mujeres en cuanto a sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud y salud sexual y reproductiva.

### 3.3. Marco Teórico

#### 3.3.1. El estudio de los cambios demográficos

Desde comienzos del siglo XX el crecimiento demográfico ha sido materia de estudio. En 1929 Warren Thompson observó los cambios respecto a las tasas de natalidad<sup>15</sup> y de mortalidad<sup>16</sup> que habían experimentado las sociedades industrializadas en los últimos doscientos años. De acuerdo con estas observaciones expuso la teoría de la *Transición Demográfica* según la cual una sociedad preindustrial debe pasar por cuatro fases o estadios de la transición demográfica antes de derivar en una sociedad plenamente postindustrial.

En el primer estadio, las tasas de natalidad y de mortalidad son muy altas, por lo cual el crecimiento natural de la población es muy lento. Este estadio corresponde a los orígenes de la historia de la humanidad y se extiende hasta el siglo V, momento en el cual comienzan a mejorar las condiciones habitacionales de las poblaciones.

---

<sup>15</sup> La tasa de natalidad (también definida como tasa bruta de natalidad o, simplemente, natalidad) es la cantidad proporcional de nacimientos que tiene lugar en una comunidad en un lapso de tiempo determinado. Se trata de una variable que permite medir la fecundidad, es decir, la culminación efectiva del proceso iniciado a raíz de la fertilidad o la abundancia de la reproducción de los seres humanos.

<sup>16</sup> La tasa de mortalidad es un índice creado para reflejar la cantidad de defunciones por cada mil ciudadanos de una determinada comunidad en un periodo de tiempo concreto (por lo general, doce meses).

Los procesos de asentamiento propios del final de la Edad Media (siglos V al XV) traen consigo nuevas técnicas agrícolas, importantes avances tecnológicos, y mejoras en el campo de la medicina y la salud. Estos cambios contribuyen decisivamente a alargar la esperanza de vida de las personas y a reducir la mortalidad. En este segundo estadio las tasas de natalidad se mantienen muy altas, razón por la cual se produce un desequilibrio que se traduce en un incremento importante de la población.

El tercer estadio se produce ya avanzada la Modernidad. Durante este periodo los índices de natalidad inician un importante descenso motivado por el acceso a la contracepción, la incorporación de la mujer a la educación y al mercado laboral, el acceso al Estado del Bienestar, el proceso de urbanización, la sustitución de la agricultura de subsistencia por la agricultura de mercado, junto con otros cambios sociales.

Como respuesta a estos cambios, los diferentes países alcanzaron un nuevo estadio, típico de las sociedades postindustriales, que recibe el nombre de régimen demográfico moderno. Este estadio se caracteriza por presentar unos niveles muy bajos de las tasas de natalidad y de mortalidad (si bien esta puede crecer incluso no por el aumento de su intensidad sino como consecuencia del envejecimiento). De la combinación de ambos hechos se deriva un crecimiento natural nulo o, incluso, negativo (por tanto, como al principio de la transición), que puede ser compensado o no por los movimientos migratorios.

La mayoría de los llamados países desarrollados se encuentran actualmente en esta situación, es decir la tendencia de su población es a disminuir debido al movimiento natural, de manera que las escasas ganancias de población se deben al efecto positivo del saldo migratorio.

Es precisamente en el marco del último estadio que se ha identificado la necesidad de estudiar los cambios poblacionales y las disparidades en el comportamiento de las tasas de natalidad y mortalidad entre los países desarrollados y los que están en vía de desarrollo. Es así como en la primera mitad del siglo XX se hizo evidente la falta de registros de estadísticas vitales, en particular de nacimientos y defunciones, cruciales para estudiar los cambios en la dinámica de la población.

Reconociendo la necesidad de un nuevo enfoque metodológico, la atención de los demógrafos y demógrafas se desplazó en ese momento hacia el desarrollo de técnicas de estimación para proporcionar medidas más robustas obtenidas a partir de la información de censos o encuestas por muestreo<sup>17</sup>. Los avances en las técnicas de estimación de las medidas demográficas tuvieron impacto en los métodos de recopilación de datos, extendiéndose el uso de técnicas indirectas a partir de encuestas por muestreo y censos nacionales<sup>18</sup>.

En la Primera Conferencia Mundial sobre Población organizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Roma (1954), se planteó la necesidad de profundizar en el conocimiento de la dinámica demográfica de los países en desarrollo y se acordó que las acciones se orientaran al fomento y creación de centros de capacitación regional en investigación y demografía y a la

---

<sup>17</sup> Brass, William .Demographic Data Analysis in Less Developed Countries: 1946-1996. Population Studies, Vol. 50, No. 3. Nov., 1996, pp. 451-467.

<sup>18</sup> Cleland, John. Demographic Data Collection in Less Developed Countries 1946-1996. Population Studies, Vol. 50, No. 3. Nov., 1996, pp. 433-450.

preparación de especialistas en análisis demográfico. En consecuencia, para estudiar las dinámicas demográficas y su vínculo con el desarrollo económico y social en los países de la Región Latinoamericana, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) crea en 1957 el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), y la ONU lanza el programa de censos de población que entre 1958 y 1963 permite realizar los censos nacionales de 175 países.

En la segunda Conferencia de Población (Belgrado 1965) organizada por la ONU y la Unión Internacional para el Estudio Científico de las Poblaciones (IUSPP) confluyen los estudios sobre aspectos demográficos del desarrollo realizados con el apoyo económico de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) revelando que las naciones debían enfrentar el reto de una población mundial cercana a los 7 mil millones de personas en el año 2000. Ante los avances en la investigación médica sobre la fertilidad y el desarrollo de contraceptivos eficaces, y, con la intención de contener la explosión demográfica, se priorizan los estudios sobre fecundidad como parte de la política para la planificación del desarrollo y como eje fundamental del desarrollo sostenible.

En esta década, las encuestas poblacionales sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la fecundidad y anticoncepción permitieron establecer la disposición favorable hacia el uso de métodos anticonceptivos. No obstante, a finales de 1960 algunos programas de planificación familiar de los países en desarrollo no registraron logros significativos en la reducción de la natalidad, por lo que se empezó a discutir si el desarrollo socioeconómico podría reducir las tasas de natalidad al cubrir las necesidades de las familias numerosas o, si la estabilización demográfica era un requisito previo para el desarrollo<sup>19</sup>, tal y como se discutió en la Tercera Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Bucarest (1974)<sup>20</sup>.

En la Conferencia de Bucarest se adoptó el *Plan de Acción Mundial sobre Población*<sup>21</sup> dentro del cual se estableció la soberanía de las naciones en los temas de población, se reconoció el derecho a la libre decisión del número y momento en que se tienen los hijos, se priorizó la promoción de la situación de la mujer y se acordaron acciones para la reducción de la mortalidad, particularmente la mortalidad infantil.

Buscando respuestas al debate sobre reducción de la natalidad y desarrollo, con el apoyo económico del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA) y la Agencia Internacional para el Desarrollo del pueblo de los Estados Unidos (USAID, siglas en inglés) se puso en marcha el programa mundial de encuestas de fecundidad (WFS) coordinado por el Instituto Internacional de Estadística para ayudar a los países en vías de desarrollo a llevar a cabo encuestas comparables a nivel internacional sobre la fertilidad humana y sus determinantes<sup>22</sup>. Durante el período comprendido entre 1972 y 1984, el Instituto Internacional de Estadística colaboró con 65

---

<sup>19</sup> Hauser, Philip (1967). El dilema de La Población Mundial. Ediciones Troquel. Buenos Aires, 1967.

<sup>20</sup> La Tercera Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Bucarest (1974) es la primera de naturaleza intergubernamental y contó con la participación de representantes de 135 países.

<sup>21</sup> Miro, Carmen (2009). América Latina, población y desarrollo. Carmen A. Miró; compiladores Brígida García y Dídimo Castillo. Siglo del Hombre Editores y Clacso. Bogotá, 2009.

<sup>22</sup> Cleland J. and Verma V. (1989). The World Fertility Survey: An Appraisal of Methodology. Journal of the American Statistical Association, Vol. 84, No. 407 (Sep., 1989), pp. 756-767.

países en la realización de encuestas nacionales por muestreo sobre fecundidad y planificación familiar<sup>23</sup>.

En 1977 la Asociación Americana de Población (PAA) presenta por primera vez evidencia de la disminución de las tasas de fecundidad en países en desarrollo y del papel que jugaron los programas de planificación familiar en esta reducción. Con base en los resultados de la primera ronda de la WFS se encontró que 5 de 18 países lograron reducir sus altas tasas de natalidad y de mortalidad en la década de 1970, y que a diferencia de las otras naciones, estos cinco países contaban con sólidos programas de planificación familiar.

Colombia fue uno de los países que logró reducir altas tasas de natalidad y mortalidad<sup>24</sup>. A partir de la información de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) para Colombia, se encontró que la fecundidad disminuyó un 40 por ciento entre 1960 y 1976 (la Tasa Total de Fecundidad pasó de 7 a 5 hijos por mujer en ese periodo) y que la fecundidad empezó a disminuir en las zonas rurales de Colombia sugiriendo que la demanda de anticoncepción sería en el futuro más homogénea en todos los estratos sociales<sup>25</sup>.

Posteriormente en el marco del programa internacional de Encuestas de Prevalencia de Uso de Anticoncepción (EPA), creado para el diseño y evaluación de los programas de planificación familiar, en Colombia se realizaron dos encuestas en 1978 y 1980 aplicando la experiencia ganada en la WFS para el estudio de las relaciones entre fecundidad y anticoncepción.

En 1980 se encontró que, pese a los notables avances en la reducción de la fecundidad, a partir de 1976, empezó a desacelerar la disminución de la fecundidad y a ser evidente la alta necesidad insatisfecha de planificación. Es así como el 43 por ciento de las mujeres expuestas a embarazo y que no deseaban más hijos, no estaban usando método anticonceptivo. En ese momento se llama a las entidades gubernamentales y a las entidades nacionales e internacionales a aunar esfuerzos para estudiar a profundidad los componentes de la necesidad insatisfecha de planificación familiar<sup>26</sup>.

Durante la década de los ochenta también se realiza la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo<sup>27</sup> en la que se ratifican la mayoría de los acuerdos de la Conferencia de Bucarest y se amplía el PAMP para incorporar los resultados de las últimas investigaciones y los datos proporcionados por los gobiernos. Los derechos humanos individuales y familiares; las condiciones de salud y bienestar; el empleo; la educación; la cooperación internacional y la búsqueda de una mayor eficacia en la toma de decisiones políticas sobre población, fueron temas relevantes dentro de la Declaración suscrita en esta Conferencia.

---

<sup>23</sup> The World Fertility Survey: An Appraisal of Methodology. J. Cleland and V. Verma Source: Journal of the American Statistical Association, Vol. 84, No. 407 (Sep., 1989), pp. 756-767

<sup>24</sup> Family Planning Perspectives (1978). Family Planning Programs Found to be a Major Factor Behind Sharp Fertility Declines in Latin America and Asia. Family Planning Perspectives, Vol. 10, No. 1 (Jan. - Feb., 1978), pp. 41-42.

<sup>25</sup> Family Planning Perspectives (1978).

<sup>26</sup> Ochoa, Luis e al. (1981). Corporación Centro Regional de Población – Ministerio de Salud de Colombia. (1981). Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Uso de anticoncepción. Colombia 1980. Resultados Generales. Bogotá, 1981.

<sup>27</sup> La Cuarta Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se llevó a cabo en Ciudad de México en el año de 1984.

Es así como para dar respuesta a las preguntas sobre las diferentes manifestaciones del crecimiento poblacional, los estudios demográficos dieron cuenta, en primer lugar de los comportamientos de las tasas de natalidad y mortalidad; hacia los años sesenta y en el marco del discurso sobre el desarrollo, centraron sus esfuerzos en la medición de la fecundidad y el acceso a métodos de planificación familiar. Pero para finales del siglo XX, las inquietudes eran otras; los estudios debían dar cuenta no solo de los factores que afectan el crecimiento y decrecimiento de la población, sino también de las condiciones de la misma. Para ello se dio inicio, en 1984 al Programa de Encuestas de Demografía y Salud a cargo del Instituto para el Desarrollo de Recursos (IRD).

### 3.3.2. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia

Las encuestas de Demografía y Salud (DHS, sus siglas en inglés)<sup>28</sup> por lo general se aplican en muestras representativas de mujeres de 15 a 49 años, y en algunos países, en muestras de hombres de 15 a 59 años. Suministran información sobre los niveles y tendencias de la fecundidad, la mortalidad infantil y en la niñez, la planificación familiar; la salud materno infantil y el estado nutricional de los menores de 5 años, así como importantes aspectos del cuidado de la salud de las mujeres, los niños y los hombres<sup>29</sup>.

El propósito del programa de encuestas DHS es asistir a los gobiernos y a las agencias privadas en los países en el diseño y realización de encuestas nacionales por muestreo sobre población y salud, y específicamente, entregar a los organismos ejecutivos en los países participantes bases de datos y análisis que faciliten la selección de alternativas y la toma de decisiones informadas; expandir la base de datos internacionales en población y salud; generar avances en la metodología de encuestas por muestreo y fortalecer la capacidad técnica de los países para la realización de encuestas de demografía y salud de alta calidad.

Colombia hace parte del Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) desde 1986 año en el cual la Corporación Centro Regional de Población, con apoyo económico y logístico de la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana –Profamilia- y de las oficinas regionales de la UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrolla la primera Encuesta Demografía y Salud de Colombia<sup>30</sup>.

A partir de 1970 los planes de desarrollo de Colombia han involucrado indicadores demográficos para dar cuenta del crecimiento económico y social del país, buscando mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar de la población, por lo que la información que provee la Encuesta Nacional de Demografía y Salud es de vital importancia no solo para evidenciar si se está o no por la senda del desarrollo, así como para caracterizar algunos fenómenos propios del país.

En 1990, con el aporte económico la Asociación Colombiana de Servicios Especiales ACOSE, el Instituto Nacional de Salud y de instituciones internacionales como Jhon Snow, INC., UNFPA, IPPF Londres e IPPF WHR (Región del Hemisferio Occidental), Profamilia realiza la Encuesta de

<sup>28</sup> Financiado principalmente por la USAID, el programa DHS en un principio fue administrado por el IRD, luego convertido en Macro International Inc.; actualmente el programa DHS es administrado por ICF International.

<sup>29</sup> Marckwardt, Albert y Ochoa, Luis Hernando (1993). Población y Salud en América Latina. DHS/Macro International Inc. Columbia, Maryland, USA. OD2. Marzo 1993.

<sup>30</sup> Corporación Centro Regional de Población. Ministerio de Salud de Colombia. Demographic and Health Surveys. IRD. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. Colombia 1986.

Prevalencia, Demografía y Salud de 1990, la segunda encuesta dentro del programa DHS. El instrumento básico utilizado mantiene la estructura estándar de la encuesta de 1986, pero nuevos requerimientos de información dictados por conferencias internacionales, hacen que se incorporen tres temáticas importantes para ganar comprensión y definir acciones encaminadas al avance de los derechos de las mujeres.

Por una parte, la preocupación por la situación y condición de las mujeres en el mundo, ya enunciada en la Conferencia de Bucarest (1974), alentó la realización de encuentros y conferencias internacionales sobre la mujer entre las que destacan las de México (1976), Copenhague (1980) y Nairobi (1985). Estas conferencias buscaron el reconocimiento, en términos legislativos y de políticas públicas de las desigualdades de género y violencia a que son sometidas las mujeres. En Colombia la necesidad de documentar la magnitud y los efectos de la violencia contra la mujer en su salud, desarrollo individual y desarrollo social, empezó a ser cubierta por la Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud a partir de 1990, año en el que se incorpora el módulo sobre violencia intrafamiliar<sup>31</sup>.

De otra parte, mientras que los primeros casos de sida fueron diagnosticados en 1981, al convertirse en una enfermedad pandémica en 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó a todos los gobiernos a establecer comités de lucha contra el Sida. En 1988 la OPS y el Consejo Nacional de Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA) de México, organizan el Primer Simposio Internacional de Educación y Comunicación sobre Sida en el que se declaran prioritarias la investigación epidemiológica, biomédica y psicosocial de la enfermedad; el desarrollo de campañas en medios masivos para informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/Sida; el desarrollo de actividades de información y educación sobre el riesgo de adquirir el VIH/Sida y de actividades de sensibilización dirigidas a todos los grupos sociales sobre los significados sociales de la enfermedad con el fin de minimizar el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH/Sida<sup>32</sup>. Las agencias de Planificación familiar incorporan actividades de información y prevención sobre el VIH y el Sida en sus programas de Información, Educación y Comunicación.

Hasta 1990, Colombia careció de un programa nacional de VIH/Sida suficientemente fuerte, así como de datos epidemiológicos confiables<sup>33</sup>. Es así como se incorporan en la Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud preguntas generales sobre el conocimiento de las formas de prevención y contagio del VIH y del Sida y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Al igual que en el caso anterior, este módulo inicial fue objeto de ajustes y, a partir de 1995 el programa DHS adoptó un formato estándar para esta temática.

---

<sup>31</sup> El módulo inicial de violencia contra las mujeres fue objeto de ajustes y acogiendo las recomendaciones de las reuniones internacionales sobre estadísticas e indicadores de género para medir la magnitud y evolución de la violencia contra la mujer como la convocada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL en La Paz, Bolivia, el programa DHS empezó a preguntar por la ocurrencia de hechos violentos en los últimos 12 meses/anteriormente y en los análisis se clasificó la agresión según tipos de violencia: física, sexual o psicológica.

<sup>32</sup> Consejo Nacional de Prevención y Control del Sida (CONASIDA). (1995). Informe de Actividades 1988-1994. Indicadores y Noticias de Salud. Noviembre-Diciembre de 1995. Vol 37. No. 6. México, 1995.  
[http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1995/num%206/consejo%20nacional%20de%20prevencion.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1995/num%206/consejo%20nacional%20de%20prevencion.pdf)

<sup>33</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010. Análisis de Situación. Bogotá, 2012.

El tercer tema que se incorpora en la encuesta de 1990 es el de citología vaginal. El aumento en el número de casos de mujeres con cáncer de cérvix pone de manifiesto la necesidad de conocer la práctica de la citología y de algunos cuidados básicos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que se traducen en factores protectores que disminuyen la probabilidad de cáncer o que este sea tratado a tiempo.

Por otra parte, en la Quinta Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994, se aprueba un nuevo Programa de Acción para los siguientes 20 años; este pone énfasis en la relación integral entre la población y el desarrollo y se concentra en responder a las necesidades de los individuos en el marco de los derechos humanos y no sólo en el logro de metas demográficas<sup>34</sup>. La adopción de este Programa genera el tránsito del discurso de la planificación familiar al de la salud sexual y reproductiva como uno de los elementos fundamentales para el desarrollo.

La salud sexual y reproductiva como eje ordenador de los programas de población trajo consigo la conceptualización de elementos tales como el desarrollo sustentable, la equidad social y de género; la identificación de grupos vulnerables de población, como mujeres, adolescentes, minorías étnicas, discapacitados; y la consideración de problemas poblacionales tradicionalmente excluidos como el feminicidio, la violencia sexual, y la trata de personas, entre otros.

Es así como en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1995 se fortalece tanto el cuestionario de hogares como el individual. En el primero se incluyen las variables de ocupación y afiliación al sistema de seguridad social, así como una serie de preguntas sobre discapacidad. En el segundo se fortaleció el módulo de violencia contra las mujeres.

Posteriormente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) las representantes de 189 gobiernos adoptaron la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, encaminada a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada. Las áreas que representan los principales obstáculos para el adelanto de la mujer identificadas en la Conferencia fueron: la pobreza; el acceso desigual a la educación y a la salud; la violencia; los conflictos armados; la desigualdad de su participación en la definición de las estructuras y políticas económicas y en el proceso de producción; la desigualdad en el ejercicio del poder y en la adopción de decisiones; la falta de mecanismos para promover el adelanto de la mujer; la falta de reconocimiento de los derechos humanos de la mujer; la insuficiente movilización de los medios de información para promover la contribución de la mujer a la sociedad; y la falta de reconocimiento y apoyo al aporte de la mujer en la gestión de los recursos naturales y la protección del medio ambiente.

Entre las medidas acordadas se destacan: promover la investigación y la recolección de datos y estadísticas relacionadas con la violencia en el hogar; difundir los resultados de los estudios e investigaciones; apoyar e iniciar investigaciones sobre las consecuencias de la violencia; y alentar el estudio de las consecuencias de los estereotipos basados en el género que promueven la violencia y las desigualdades basadas en el género y de la forma en que se transmiten.

---

<sup>34</sup> Para mayor información ver: ONU. <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>

Ahora bien, en la sexta Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD+5) de Nueva York (1999), se evaluó la implementación del Programa de Acción que surgió de la Conferencia de 1994 y se definieron medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de 20 años establecido en dicha conferencia. Cabe destacar el llamado a redoblar esfuerzos para entregar a los encargados de formular planes y decisiones mejor información sobre las relaciones entre la población, la pobreza, la injusticia y la desigualdad basada en el género, la salud, la educación, el medio ambiente, los recursos financieros y humanos, y el desarrollo, y la necesidad de examinar las investigaciones recientes sobre la relación entre la reducción de la fecundidad y el crecimiento económico y su distribución equitativa<sup>35</sup>.

La medición satisfactoria de la salud reproductiva tiene un impacto importante en la recopilación de datos demográficos. En la década de los 90 no se contemplaba la perspectiva de género para contextualizar los resultados de las DHS ni había preguntas que permitieran analizar los resultados desde dicha perspectiva. A partir del 2000 el programa DHS incluye variables que permiten estudiar el empoderamiento de las mujeres<sup>36</sup> y que así como los indicadores de acceso a servicios, entregan una visión transversal tanto del éxito del proceso de empoderamiento como de las barreras para lograrlo. Las preguntas incorporadas desde entonces en la ENDS 2000, permiten medir la participación de las mujeres en la toma de decisiones del hogar y la aceptación de las mujeres de roles de género que legitiman que las mujeres sean controladas por los hombres.

Adicionalmente, las DHS incorporan variables para recabar información sobre la situación económica de los hogares con el objeto de contribuir al estudio de la equidad en el acceso a los programas, servicios y derechos evaluados en el conjunto de la encuesta, proponiendo así el Índice de Riqueza construido con apoyo del Banco Mundial, como medida de la situación económica de los hogares<sup>37</sup>.

Para el 2005 la ENDS ya cuenta con 16 capítulos que dan cuenta no solo del comportamiento de la fecundidad en Colombia sino también del estado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil. Es por ello que se traduce en el mecanismo más confiable y de mayor representatividad (nivel departamental) de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva diseñada por el Ministerio de Salud en 2003 expedida por el Ministerio de Salud. La política sigue el marco conceptual y metodológico de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing<sup>38</sup>, razón por la cual la información recabada por la ENDS también da cuenta del cumplimiento de los compromisos internacional en cuanto a la garantía de derechos.

---

<sup>35</sup> ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Nueva York 1999. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N99/773/50/PDF/N9977350.pdf?OpenElement>

<sup>36</sup> Kishor, Sunita and Subaiya, Lekha. 2008. Understanding Women's Empowerment: A Comparative Analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) Data. Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA. CR20 September 2008.

<sup>37</sup>Rutstein, Shea O. and Kiersten Johnson. 2004. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports No. 6. ORC Macro. Calverton, Maryland, August 2004.

<sup>38</sup> Serrano. José Fernando, et al (2010). Panorama sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Políticas Públicas en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas Escuela de Estudios de Género y Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos CLAM, Bogotá, 2010.

Como se evidencia, la ENDS ha sido uno de los instrumentos con los que cuenta el país para caracterizar fenómenos y problemas sociales en el campo de la demografía, la salud y la salud sexual y salud reproductiva, por ello la encuesta de 2010 no fue la excepción. En ésta se incorporaron preguntas para hacer una primera aproximación a los efectos de los proyectos educativos para la sexualidad y la construcción de ciudadanía (PESC); para medir la percepción sobre los derechos de las parejas del mismo sexo y sobre el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil respecto la decisión de la Corte Constitucional que despenalizó parcialmente el aborto en Colombia.

De igual manera la ENDS es una de las fuentes para medir el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales han sido adoptados por la comunidad internacional como un marco para las actividades en pro del desarrollo. Los ODM se componen de 8 objetivos y 21 metas cuantificables que se supervisan mediante 60 indicadores, que permiten medir y monitorear efectivamente el avance en la erradicación de la pobreza extrema en el mundo. Gracias a la trazabilidad con la que cuenta la ENDS, ésta ha permitido hacerle seguimiento a seis de los ocho ODM, tal y como se evidencia en la siguiente tabla:

ODM	Temáticas ENDS
Objetivo 1. Erradicación de la pobreza	Quintiles de riqueza
	Jefatura femenina de los hogares
	Acceso a saneamiento básico, para la prevención de la malaria y el dengue
	Afiliación y acceso al Sistema General de Seguridad Social
Objetivo 2. Enseñanza primaria universal	Tasas de asistencia escolar, repitencia y deserción
	Mujeres y hombres en edad fértil sin educación y las causas de abandono escolar
Objetivo 3. Igualdad entre los géneros	Nupcialidad y los cambios en la estructura de los hogares de las mujeres en edad fértil
	Autonomía de la mujer en la toma de decisiones del hogar, del cuidado de su salud, del manejo de su dinero y sobre la vivencia de su sexualidad
	Acceso al mercado laboral de las mujeres en edad fértil así como la calificación de su actividad laboral
	Niveles de violencia psicológica, económica, física y sexual contra las mujeres
Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil y en la niñez y Objetivo. Reducir la mortalidad materna	Uso de los servicios de salud materna
	Niveles y tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez
	Niveles de la mortalidad materna
Objetivo 6. Mejorar la salud sexual y reproductiva	Participación y percepción de las mujeres y los hombres entre 13 y 24 años sobre la educación para la sexualidad
	Uso de métodos anticonceptivos y el nivel de demanda insatisfecha de planificación familiar
	Tendencias de los determinantes próximos de la fecundidad
	Conocimiento y uso de citología vaginal, del examen médico y auto examen de seno y de la mamografía, del examen de próstata, de antígeno prostático y el autoexamen de testículos
	Conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida

Por otra parte, en agosto de 2013 se llevo a cabo en Montevideo la Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina (Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave el Programa de Acción de El Cairo después de 2014), en la que se firmo el Consenso de Montevideo

sobre Población y Desarrollo, el cual tiene como objetivo fundamental identificar las medidas fundamentales para reforzar la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994.

Dentro de las consideraciones del Consenso se destaca “que la elaboración de estadísticas públicas realizadas por los distintos organismos del Estado debe seguir la lógica inclusiva y de ampliación de derechos planteada desde la política pública y que la generación de información sobre población afrodescendiente, población indígena, personas con discapacidad, personas LGBT, género, desigualdades y brechas sociales, envejecimiento y otras temáticas, constituye un insumo básico para la elaboración de políticas públicas y tiene vital importancia en pos del monitoreo de los objetivos planteados en las agendas nacionales y regionales”<sup>39</sup>. La ENDS 2015 proveerá información para medir el cumplimiento de los acuerdos de las Medidas Prioritarias definidas en Montevideo, a saber:

Medida	Acuerdo	Temática ENDS
Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos	Profundizar las políticas públicas y acciones necesarias para erradicar la pobreza y romper los círculos de exclusión y desigualdad como condición para lograr el desarrollo de la región;	- Cambios demográficos Caracterización general y situación de mujeres y hombres - Caracterización de los hogares y de la población
	Aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo, e incrementar los esfuerzos tendientes a su reconocimiento, promoción y protección, con el fin de eliminar las desigualdades y fomentar la inclusión social;	Caracterización general y situación de mujeres y hombres - Caracterización de los hogares y de la población - Discapacidad - Etnia - Población LGBT
	Establecer y fortalecer la institucionalidad pública encargada de los temas de población y desarrollo, a escala nacional y subnacional, y asegurar su integralidad y sostenibilidad, con la participación activa de otros actores no gubernamentales;	- Cambios demográficos - Caracterización general y situación de mujeres y hombres - Caracterización de los hogares y de la población
	Asegurar la plena integración de la población y su dinámica en la planificación del desarrollo sostenible, las políticas sectoriales y las políticas y programas públicos en general —en particular en los planes de desarrollo y ordenamiento territorial— a escala nacional y subnacional, haciendo uso del conocimiento y la información sociodemográfica y aprovechando los avances tecnológicos;	Cambios demográficos Caracterización general y situación de mujeres y hombres - Caracterización de los hogares y de la población
Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, sin ningún tipo de discriminación, las oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, la protección y el ejercicio de derechos humanos, la disponibilidad de opciones, y el acceso a la salud, la educación y la protección social;	Asegurar la efectiva implementación de	- Violencia de género - Fecundidad - Salud materna
		- Planificación familiar: conocimiento y

<sup>39</sup> Naciones Unidas, CEPAL. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Montevideo 12 a 15 de agosto de 2013.

Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes	programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;	uso de métodos anticonceptivos - Educación para la sexualidad
	Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual;	- Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos - Educación para la sexualidad
	Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes;	- Fecundidad - Fecundidad adolescente
	Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos;	- Fecundidad - Fecundidad adolescente
	Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia;	- Fecundidad - Fecundidad adolescente
	Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes las oportunidades y capacidades para una sana convivencia y una vida libre de violencia, mediante estrategias intersectoriales que incluyan actuar sobre los determinantes que dificultan la convivencia y promueven la violencia, que brinden una formación que promueva la tolerancia y el aprecio por las diferencias, el respeto mutuo y de los derechos humanos, la resolución de conflictos y la paz desde la primera infancia, y aseguren la	- Violencia de género

	protección y el acceso oportuno a la justicia de las víctimas y la reparación del daño.	
	Garantizar también datos estadísticos confiables, desagregados por sexo, edad, condición migratoria, raza y etnia, variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, salud, en particular salud sexual y salud reproductiva, empleo y participación de adolescentes y jóvenes.	- ENDS 2015
Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva	Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia.	- ENDS 2015
	Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva.	- ENDS 2015
	Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales.	- Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos - Educación para la sexualidad - Fecundidad adolescente - Preferencias de la fecundidad y demanda de planificación familiar
	Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación.	- Población LFBTI - Roles de género
	Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGTB, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos.	- Población LFBTI - Roles de género
	Promover la prevención y la detección oportuna	-Conocimiento de ITS y del VIH/Sida.

	y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus;	Formas de prevención - Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
	Fortalecer las medidas de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus.	-Conocimiento de ITS y del VIH/Sida. Formas de prevención - Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
	Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños.	- Mortalidad - Aborto e interrupción voluntaria del embarazo
	Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres	- ENDS 2015
	Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos.	- Aborto e interrupción voluntaria del embarazo
	Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida	- Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos - Preferencias de la fecundidad y demanda de planificación familiar - Salud materna - Detección temprana de cancer
	Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia;	- Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos - Preferencias de la fecundidad y demanda de planificación familiar
	Formular planes para fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, incluida la preconcepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural,	- Salud materna

	<p>garantizar la provisión de sangre segura para la atención del embarazo, parto y puerperio, y mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias.</p>	
	<p>Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos los hombres, las mujeres, los y las adolescentes, los adultos mayores y las personas con discapacidad, sin discriminación alguna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta Hogares</li> <li>- Encuestas mujeres en edad reproductiva (13 a 49 años)</li> <li>- Encuesta hombres 13 a 59 años</li> </ul>
Igualdad de género	<p>Cumplir con el compromiso de fortalecer los mecanismos institucionales para la construcción de políticas de desarrollo con igualdad que garanticen la autonomía de las mujeres y la igualdad de género, dotándolos de autonomía y recursos humanos y financieros que les permitan incidir en forma transversal en la estructura del Estado, reconociendo el papel estratégico que desempeñan y elevándolos al más alto nivel;</p>	- ENDS 2015
	<p>Cumplir con el compromiso de promover y asegurar la aplicación de la perspectiva de género y su intersección con la raza, la etnia, la edad, la clase social y la condición de discapacidad en todas las políticas públicas, especialmente aquellas de orden económico y cultural, y la articulación entre los poderes del Estado y los actores sociales, organizaciones de mujeres afrodescendientes, indígenas y jóvenes para garantizar la igualdad de género.</p>	- ENDS 2015
	<p>Desarrollar y fortalecer las políticas y servicios universales de cuidado que estén basados en los estándares más altos de los derechos humanos, con perspectiva de igualdad de género y generacional, que promuevan la prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil, las familias y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y que faciliten el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas.</p>	- ENDS 2015
	<p>Impulsar leyes y desarrollar y fortalecer políticas públicas de igualdad laboral que eliminen la discriminación y las asimetrías de género en materia de acceso a empleos decentes y permanencia en ellos, remuneraciones y toma de decisiones en el ámbito laboral, y que reconozcan el valor productivo del trabajo doméstico no remunerado y de cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterización general y situación de mujeres y hombres</li> <li>- Caracterización de los hogares y de la población</li> <li>- Roles de género</li> </ul>
	<p>Establecer mecanismos de prevención, presentación de quejas y sanción de las prácticas de hostigamiento y acoso sexual y</p>	

	laboral, así como otras formas de asedio y violencia contra las mujeres y los hombres, especialmente en el espacio laboral y educativo.	
	Hacer efectivas las políticas adoptadas y adoptar medidas preventivas, penales, de protección y atención que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia y estigmatización contra las mujeres y las niñas en los espacios públicos y privados, en particular los asesinatos violentos de niñas y mujeres por motivos de género, asegurando el acceso efectivo y universal a los servicios fundamentales para todas las víctimas y sobrevivientes de la violencia basada en género y prestando especial atención a las mujeres en situaciones de mayor riesgo, como las mujeres mayores, embarazadas, con discapacidad, grupos culturalmente diversos, trabajadoras sexuales, mujeres que viven con VIH/SIDA, lesbianas, bisexuales, transexuales, afrodescendientes, indígenas, migrantes, de las zonas de frontera, solicitantes de refugio y víctimas de trata, entre otras.	- Violencia de género - Roles de género
	Reafirmar el compromiso y la voluntad política de América Latina y el Caribe, al más alto nivel, de combatir y eliminar todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres, incluida la violencia intrafamiliar, el femicidio/feminicidio y promover activamente la sensibilización sobre la implementación de la perspectiva de género entre los aplicadores de justicia.	- Violencia de género - Roles de género
	Incrementar el acceso de los hombres, incluidos niños, adolescentes y jóvenes, a la información, la consejería y los servicios de salud sexual y salud reproductiva y promover la participación igualitaria de los hombres en el trabajo de cuidados, a través de programas que sensibilicen a los hombres respecto a la igualdad de género, fomentando la construcción de nuevas masculinidades.	- Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos - Educación para la sexualidad
	Mejorar los sistemas de estadística y los indicadores oficiales y registros administrativos, incorporando la perspectiva de género y avanzando en el reconocimiento del aporte económico y social de las mujeres en el desarrollo de las sociedades.	- ENDS 1990 / 2015
	Fortalecer la capacidad de los países para elaborar y difundir estadísticas de género necesarias para la formulación de políticas públicas de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres.	- ENDS 1990 / 2015
	Poner en marcha, con el apoyo de todas las tecnologías disponibles, servicios, programas y respuestas multisectoriales integrales e	- Violencia de género - Roles de género

	integrados, coordinados, interdisciplinarios, accesibles y sostenibles en todos los niveles, destinados a las mujeres, que incluyan la atención especializada y confidencial de los casos de violencia, que cuenten con recursos adecuados y que reúnan instancias tales como policía, sector justicia, atención en salud integral, incluida la salud sexual y la salud reproductiva, los servicios médicos y psicológicos y asesoramiento, así como opciones de formación y generación de ingresos, para promover la autonomía de las mujeres en todas sus dimensiones.	
La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes	Fortalecer la cooperación entre países de origen, tránsito y destino para enfrentar las causas y los desafíos de la migración que acontece de manera irregular, de modo de generar una migración en condiciones humanas, ordenada y segura, mediante esquemas bilaterales de movilidad de la mano de obra, y salvaguardando la protección de los derechos humanos de los migrantes.	- Migración
Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad	Construir territorios más articulados, integrados y cohesionados, mediante el diseño y ejecución de planes, políticas e instrumentos de gestión territorial y urbana gestados de manera participativa, con una visión centrada en las personas, dentro del marco de los derechos humanos y con perspectiva de género y un enfoque de sostenibilidad y gestión del riesgo ambiental.	- ENDS 2015
	Planificar y ordenar el desarrollo territorial y urbano, con perspectiva de derechos humanos y de género, formulando políticas de movilidad, asentamiento de la población y localización de actividades que consideren entre sus objetivos evitar el uso de zonas vulnerables y protegidas, y prevenir y mitigar el impacto de los desastres socioambientales y combatir la vulnerabilidad ambiental de las personas y comunidades de grupos étnicos y raciales discriminados, así como la mitigación y adaptación a los efectos del cambio climático.	- ENDS 2015
Marcos para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo	Mejorar las fuentes de datos, en particular los censos de población, los registros administrativos, las estadísticas vitales y las encuestas especializadas, promoviendo la plena independencia de los sistemas nacionales de estadística y garantizando a través de marcos jurídicos e institucionales la aplicación de los principios fundamentales de las estadísticas oficiales por parte de los usuarios y productores, tanto en el ámbito nacional como internacional, así como la homologación metodológica que permita la comparabilidad entre países.	- ENDS 1990 / 2015

	Fomentar la coordinación entre las oficinas nacionales de estadística y las entidades competentes en el ámbito de las estadísticas, para la producción y el mejoramiento de estas, así como el aprovechamiento estadístico de los registros administrativos provenientes del sector.	- ENDS 1990 / 2015
--	--	--------------------

Como se mencionó en la introducción la ENDS también es fuente para el seguimiento y evaluación de políticas públicas del nivel nacional. Una de estas es el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, el cual cuenta con una Dimensión sobre Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, la cual se concibe como el “conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad: el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades”<sup>40</sup>.

La dimensión sobre Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos tiene dos componentes, el primero es sobre la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, y el segundo, sobre la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. La ENDS 2015 aportará información para el seguimiento y evaluación de dichos componentes a partir de la información que arrojen los capítulos, de la siguiente manera:

Componente	Metas del Componente	Capítulo ENDS 2015
Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género	Para el año 2021, el 100% de las entidades nacional y departamentales, y el 80% e la municipales, incluirán programas y proyectos garantizando los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales : mujeres jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBT, víctimas del conflicto armado, entre otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características de las mujeres</li> <li>- Características de los hombres</li> <li>- Características de los Hogares</li> <li>- Educación para la sexualidad</li> <li>- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos</li> <li>- Roles de género</li> </ul>
	Para el año 2021, el 80% de las instituciones educativas garantizará que las niñas, niños y adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de los derechos humanos, sexuales,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación para la sexualidad</li> <li>- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos</li> <li>- Roles de género</li> </ul>

<sup>40</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, Bogotá. 2013

	reproductivos desde un enfoque de género y diferencial	
Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos	A 2021, disminuir en un 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecundidad</li> <li>- Nupcialidad</li> <li>- Educación para la sexualidad</li> </ul>
	A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecundidad</li> <li>- Nupcialidad</li> <li>- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos</li> <li>- Preferencias sobre fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos</li> </ul>
	A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción de todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecundidad</li> <li>- Nupcialidad</li> <li>- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos</li> <li>- Preferencias sobre fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos</li> </ul>
	Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Materna</li> </ul>
	Para el año 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Materna</li> </ul>
	A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Materna</li> </ul>
	A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecundidad</li> <li>- Nupcialidad</li> <li>- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos</li> <li>- Preferencias sobre fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos</li> </ul>
	A 2021, incrementar como mínimo en quince puntos, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención víctimas de violencia de género y violencias sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violencia de género</li> <li>- Roles de género</li> </ul>
	Para el año 2021, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violencia de género</li> <li>- Roles de género</li> </ul>

	recibirán una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.	
	Al año 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.	- ITS y VIH/Sida
	Para el año 2021, alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.	- ITS y VIH/Sida
	Para el año 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres trans-género, personas privadas de la libertad).	- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

De igual manera, la ENDS 2015 entregará información relevante para dar cuenta del cumplimiento de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014 – 2014 (PNSDSyDR), cual tiene como objetivo principal “direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, no sólo orientada por la necesidad de prevención del riesgo de enfermar; a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos”<sup>41</sup>.

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, responde a los lineamientos de la dimensión sobre dicho tema contenida en el Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021) por lo que el cumplimiento de las metas mencionadas en el cuadro inmediatamente anterior, también aplica para la PNSDSyDR.

La ENDS es por lo tanto, una de las fuentes de información con mayor trayectoria en el país, gracias a que su periodicidad se ha mantenido, ha sido posible caracterizar diferentes eventos en salud, así como cambios, avances y retrocesos en algunos indicadores en salud y salud sexual y reproductiva. Así mismo, el hecho de que responda al estándar de la DHS, le permite a Colombia tener comparabilidad de dichos indicadores frente a otros países.

<sup>41</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Internacional para las Migraciones –OIM-. Política Nacional de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos

A lo largo de estos 20 años la medición se ha producido desde el enfoque de riesgos. Dicho enfoque permite identificar las necesidades por grupos de población y determinar las prioridades en la atención y la asignación de recursos en salud. Sin perder de vista el carácter poblacional de la encuesta, se hace necesario, para la medición en 2015, trascender dicho enfoque y dar cuenta no solo de la distribución, la frecuencia, los determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en el grupo poblacional de las mujeres en edad fértil; sino también de las inequidades entre los géneros y de las acciones emprendidas para la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos reproductivos, atendiendo a las particularidades de las diferentes poblaciones que habitan el territorio nacional.

Con el fin de dar respuesta a las necesidades de información sobre la salud sexual y salud reproductiva de los hombres, y por lo tanto a la caracterización de las inequidades entre los géneros, la inclusión del formulario para hombres en edad reproductiva, obliga la incorporación de la perspectiva de género para la ENDS 2015. Así mismo, para dar cumplimiento a los compromisos internacionales adquiridos en las diferentes Conferencias anteriormente descritas, y a las metas trazadas en la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Productiva (2003), se hace necesario adoptar el enfoque de Derechos Humanos con énfasis en los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, adopción que a su vez tendrá correspondencia con la Dimensión Prioritaria sobre derechos y sexualidad del Plan Decenal de Salud (2012 – 2021), el cual fue concebido desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud.

Al considerar este último enfoque en el desarrollo de la ENDS se espera que la información dialogue con los hallazgos de los otros estudios que componen el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud y provea insumos al desarrollo de las acciones contempladas en el Plan Decenal de Salud Pública y la PNSDS y DR, así como para su monitoreo y evaluación.

### 3.4. Sistema de Enfoques ENDS 2015

Tal y como lo evidencia el diagrama #1, para la ENDS 2015 se han definido un sistema de enfoques, el cual se compone de: el **Enfoque de Derechos Humanos**, en el cual el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), y que obedece a su carácter de atemporalidad e independencia de contextos sociales e históricos<sup>42</sup>. Adicionalmente, en el marco de este enfoque se han considerado los Derechos Sexual y Derechos Reproductivos que son los Derechos Humanos aplicados al ámbito de la sexualidad y la reproducción.

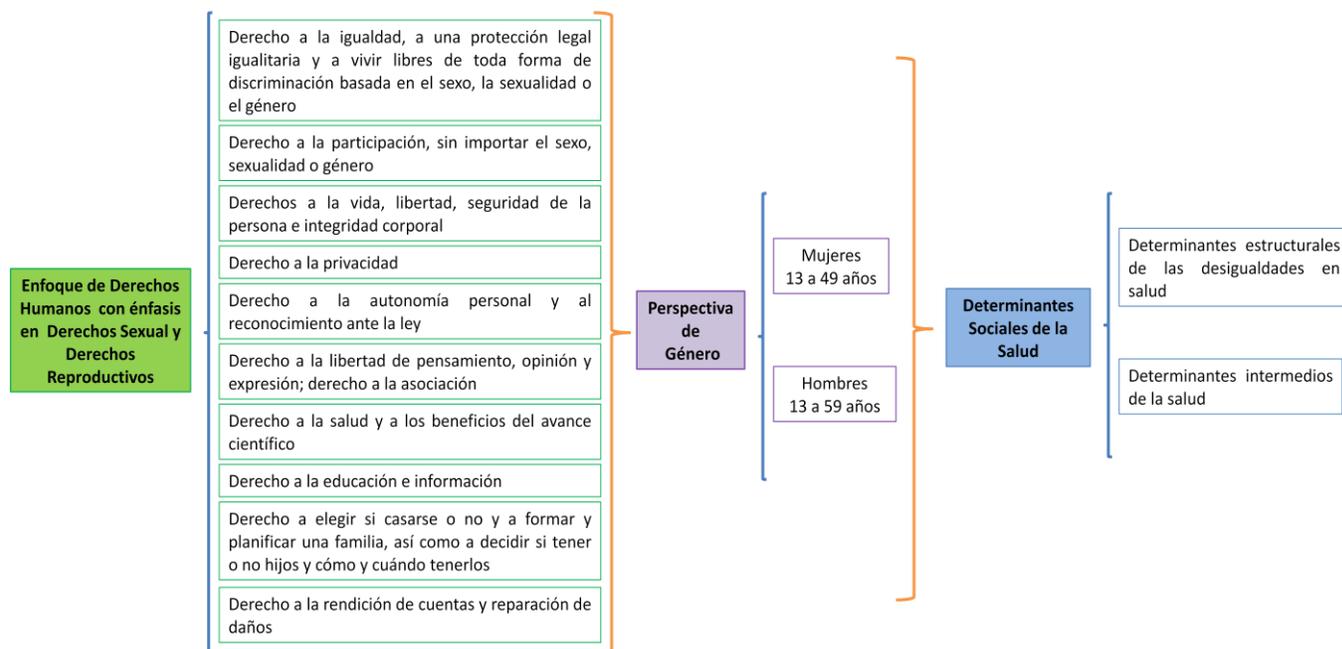
El segundo enfoque se deriva de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en cuanto determina las diferencias e inequidades de su ejercicio para hombres y mujeres. **La perspectiva de género** da cuenta no solo de las diferencias biológicas en salud sino también de las desigualdades entre los géneros producto de los roles socialmente asignados, los cuales constituyen tipos de feminidad y masculinidad.

---

<sup>42</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud 2012 – 2021, Bogotá, 2012., p. 26.

El tercer enfoque es el del **Modelo de Determinantes Sociales de la Salud** el cual busca disminuir las inequidades sanitarias. Es así como a través del modelo de los determinantes se reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado tanto individual, histórica, como socialmente. La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental<sup>43</sup>.

**Diagrama # 1. Sistema de Enfoques ENDS 2015**



### 3.4.1. Enfoque de Derechos Humanos

El Enfoque de Derechos Humanos tiene su génesis en la búsqueda de la redefinición del desarrollo social en general y del desarrollo humano en particular y, lógicamente, en la redefinición de la esencia y formas de la política social. Es producto de la reformulación de las intervenciones para el desarrollo, las cuales estaban centradas en la identificación y satisfacción de las necesidades básicas de las poblaciones más vulnerables. Ahora se promueven prácticas basadas en el reconocimiento de que toda persona es titular de unos derechos inherentes.

Es así como hablar de derechos implica hablar de sujetos de derechos y de responsabilidades en relación al ejercicio y garantía de dichos derechos:

*“Los Derechos Humanos se entienden como atributos del ser y normas de carácter positivo. Son atributos porque forman parte de la esencia misma del ser humano y derechos porque en el curso de su desarrollo se han incorporado al ordenamiento positivo nacional e internacional y, como tales, constituyen prerrogativas de la persona que el Estado tiene la obligación de proteger. Por esta razón son exigibles y forman parte del sistema jurídico que regula las relaciones del Estado con el individuo*

<sup>43</sup> Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/). En: *Ibid.*, p. 28.

*y de las personas entre sí*<sup>44</sup>.

Por lo tanto, el Enfoque de Derechos, a diferencia de los otros reivindica el papel del Estado para garantizar el desarrollo humano y establece la política social como un derecho social, contempla el impulso de políticas institucionales tendientes a que las personas se apropien de sus derechos y participen de manera activa en su desarrollo social y controlen las acciones públicas en esa materia.

En ese orden de ideas, la información que provee la ENDS es de vital importancia para evidenciar la garantía de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos los cuales se consideran Derechos Humanos. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos buscan el ejercicio y desarrollo libre, informado, saludable, satisfactorio y sin ningún tipo de violencia de la sexualidad y la reproducción de todas las personas sin importar su edad, sexo, etnia, condición social o económica. Estos derechos garantizan la libre decisión de los hombres, mujeres, y jóvenes sobre la manera como ejercen la sexualidad y deciden sobre su reproducción<sup>45</sup>.

El pleno reconocimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos permite un verdadero ejercicio de ciudadanía, entendida la ciudadanía más allá de tomar decisiones en el ámbito público (elegir y ser elegido), sino como la posibilidad de tomar decisiones libres sobre el propio cuerpo y de los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción<sup>46</sup>.

Desde diversos ámbitos se han señalado diferentes maneras de agrupar los derechos sexuales y reproductivos; estas agrupaciones tienen en común que se formulan en función de su aplicación desde el punto de vista de los derechos individuales y, desde allí, de los demás derechos humanos comprometidos, en particular, aquellos relacionados con la dignidad, la igualdad y la equidad<sup>47</sup>. Los diez grupos de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos propuestos por la Federación Internacional para la Planificación Familiar (IPPF)<sup>48</sup> que se han considerado para el análisis de la información que arrojará la ENDS 2015, a través de cuyo desarrollo puedan hacerse realidad los derechos humanos y las libertades fundamentales son:

- a) **Derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género:** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; y deben gozar de la misma protección de la ley contra la discriminación con base en su sexualidad, sexo o género.
- b) **El derecho de todas las personas a la participación, sin importar su sexo, sexualidad o género:** Todas las personas tienen derecho a un ambiente que les permita participar y

---

<sup>44</sup> Galvis, L. Comprensión de los derechos humanos. Bogotá: Ediciones Aurora, Bogotá, 2006., p. 63.

<sup>45</sup> Profamilia, Defensoría del Pueblo y Organización Internacional para las Migraciones –OIM-. Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos para la población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y sexual. Bogotá, 2008.

<sup>46</sup> *Ibid.*

<sup>47</sup> Defensoría del Pueblo de Colombia. Informe Defensorial. Promoción y Monitoreo de los Derechos Sexuales y Reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual. Bogotá, 2008.

<sup>48</sup> Federación Internacional para la Planificación Familiar –IPPF-. Derechos sexuales una declaración de la IPPF, 2010. En: [http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/files/Sexual\\_Rights\\_Declaration\\_Spanish.pdf](http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/files/Sexual_Rights_Declaration_Spanish.pdf)

contribuir activa, libre y significativamente en los aspectos civiles, económicos, sociales, culturales y políticos de la vida humana, a nivel local, nacional, regional e internacional.

- c) **Los derechos a la vida, libertad, seguridad de la persona e integridad corporal:** Todas las personas tienen derecho a la vida, la libertad y a vivir libres de tortura y de un trato cruel, inhumano y degradante; y, especialmente cuando la causa de ello sea su sexo, edad, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, historia o comportamiento sexual, real o imputado o su estatus de VIH/Sida; así mismo, tendrán el derecho de ejercer su sexualidad de manera libre de violencia o coerción.
- d) **Derecho a la privacidad:** Todas las personas tienen derecho a no ser sujetas a la interferencia arbitraria de su privacidad, familia, hogar, documentos o correspondencia, así como al derecho a la privacidad que es esencial para ejercer su autonomía sexual.
- e) **Derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley:** Todas las personas tienen derecho a ser reconocidas ante la ley y derecho a la libertad sexual, la cual abarca la oportunidad de los individuos para tener control y decidir libremente sobre asuntos relacionados con la sexualidad, para elegir sus parejas sexuales y para experimentar su potencial y placer sexual a plenitud, dentro de un marco de no discriminación y con la debida consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva de las y los niños.
- f) **Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; derecho a la asociación:** Todas las personas tienen derecho a ejercer su libertad de pensamiento, opinión y expresión en relación con sus ideas sobre la sexualidad, orientación sexual, identidad de género y derechos sexuales, sin intromisiones o limitaciones basadas en las creencias culturales dominantes o ideología política, o en nociones discriminatorias del orden público, moralidad pública, salud pública o seguridad pública.
- g) **Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico:** Todas las personas tienen derecho a gozar del más alto estándar posible de salud física y mental, que incluye los determinantes esenciales de la salud, y el acceso a la atención de la salud sexual para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las inquietudes, problemas y trastornos sexuales.
- h) **Derecho a la educación e información:** Todas las personas, sin discriminación, tienen derecho a la educación e información de manera general y a la educación integral en sexualidad, así como a la información necesaria y útil para ejercer plenamente su ciudadanía e igualdad en los dominios privados, públicos y políticos.
- i) **Derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia, así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos:** Todas las personas tienen derecho a elegir si casarse o no hacerlo, si formar y planificar una familia o no hacerlo, cuándo tener hijos y a decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera responsable y libre, dentro de un ambiente en el cual las leyes y políticas reconozcan la diversidad de las formas familiares, incluyendo aquellas no definidas por ascendencia o matrimonio.

- j) **Derecho a la rendición de cuentas y reparación de daños:** Todas las personas tienen derecho a medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo, judicial y de otros tipos para asegurar y exigir que quienes tengan el deber de garantizar los derechos sexuales sean plenamente responsabilizados de hacerlos cumplir. Esto incluye la capacidad de monitorear la implementación de los derechos sexuales y de tener acceso a remedios por violaciones a los derechos sexuales, incluyendo el acceso a una reparación de daños completa a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción, garantía de no reincidencia y cualquier otro medio.

Al considerar la anterior clasificación, es posible dar cuenta del ejercicio y garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos tanto para las mujeres como para los hombres, así como para grupos de especial protección, lo que permite, tal y como se menciona en el PDSP, orientar la toma de decisiones complejas en salud pública desde el respeto por la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades individuales<sup>49</sup>.

#### 3.4.2. Perspectiva de Género

Por lo general la perspectiva de género hace parte del desarrollo del Enfoque Diferencia, el cual permite evidenciar las condiciones y/o situaciones de desigualdad que sustenta la necesidad de intervenciones que disminuyan las condiciones de discriminación y modifiquen las circunstancias de vulneración. En ese sentido el enfoque diferencial basándose en el principio de equidad, busca la igualdad real y efectiva que reconozca la diversidad y las posibles desventajas.

El enfoque diferencial de género como categoría de análisis, “da cuenta del sistema de relaciones que se establecen entre hombres y mujeres en una sociedad particular, con base en las características, roles, los referentes de valor y las oportunidades que el grupo social asigna a cada uno. En ese sentido, identifica relaciones y relaciones determinadas culturalmente, susceptibles de ser transformadas, y no particularidades biológicas determinadas por el sexo”<sup>50</sup>.

En ese orden de ideas, la perspectiva de género es una herramienta de análisis que permite identificar las desigualdades de trato y oportunidades entre mujeres y hombres; es útil para proponer cambios en la organización y estructura de las instituciones, así como para concientizar a mujeres y hombres de la importancia de conocer y ejercer sus derechos.

Históricamente la ENDS ha proveído información sobre el estado de los derechos de las mujeres en edad reproductiva, no obstante la información exclusiva sobre las mujeres no da cuenta de las inequidades entre los género, por lo que la inclusión del formulario para hombres es un avance en la identificación y caracterización de dichas inequidades.

El avance del conocimiento en materia entre hombres y mujeres ha permitido a la comunidad internacional constatar que la superación de la pobreza, el fortalecimiento de la democracia, la erradicación de la violencia y el logro del desarrollo sostenible son posibles si se garantiza el pleno

<sup>49</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Op. Cit., 2012., p. 27.

<sup>50</sup> Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Manual de transversalización del enfoque de género en el desarrollo, Bogotá, 2006.

desarrollo de los derechos de hombres y mujeres. De igual manera se ha constatado que las políticas públicas universalistas pueden constituirse en fuentes o reproductoras de la discriminación y que requieren medidas específicas diferenciadas entre hombres y mujeres para lograr cerrar la brecha de la inequidad.

### 3.4.3. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

La justicia social afecta la forma en que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece así como su probabilidad de enfermar o morir por lo que el desarrollo de una sociedad puede medirse por la calidad del estado de salud de su población, por la manera en que se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas enfermas<sup>51</sup>.

Bajo esta premisa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que solo si el desarrollo económico se acompaña de políticas sociales que aseguren que sus beneficios se reparten equitativamente, se podrá alcanzar la equidad sanitaria; por lo que define determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y a los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. Para alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, la OMS recomienda mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, los recursos y contar con un sistema de información que permita medir y analizar la inequidad en salud y evaluar las intervenciones<sup>52</sup>.

Para mejorar las condiciones de vida, la OMS recomienda: fortalecer programas de salud y educación de calidad para la primera infancia; garantizar entornos saludables, promover hábitos saludables y la disminución de violencia y delitos; establecer políticas sociales y económicas que garanticen prácticas justas en materia de empleo, trabajo digno y protección social y; establecer sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud, con independencia de la capacidad de pago<sup>53</sup>.

Para luchar contra la distribución desigual del poder y los recursos, recomienda que la equidad sanitaria sea criterio de evaluación de la intervención de los gobiernos y que, entre otras medidas de política pública para los países, las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen un marco basado en indicadores de los determinantes sociales para medir los progresos realizados, por lo que finalmente la OMS plantea la necesidad de disponer de sistemas de datos básicos sobre las inequidades sanitarias y los determinantes sociales de la salud, que puedan ser interpretados y utilizados en la construcción de políticas, sistemas y programas más eficaces.

En ese orden de ideas, la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, “combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de determinantes sociales de la

---

<sup>51</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Tomado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/). Consultado: 10/10/2013.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> Ibid.

salud que revela la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades socio económicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud”<sup>54</sup>.

Históricamente, la ENDS tiene en cuenta tanto los factores estructurales como los factores sociales de la salud, en la medida en que da cuenta de la estructura de la población, así como de la composición y las condiciones de los hogares, en tanto caracteriza las viviendas, la accesibilidad a servicios y a bienes de consumo duradero para establecer el índice de riqueza. Los determinantes sociales de la salud también se evidenciarán en la información que provea la ENDS 2015, a partir de la caracterización de los hombres y las mujeres en edad reproductiva, en lo referente al nivel educativo, el acceso al trabajo y la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud. Así mismo, la representatividad de la encuesta permitirá establecer las diferentes necesidades en salud y salud sexual y reproductiva a nivel regional, subregional, departamental y para las cuatro ciudades principales del país.

La integración del enfoque de derechos, la perspectiva de género y el modelo de determinantes sociales de la salud, permite dar cumplimiento a los objetivos de la encuesta, es decir, establecer los cambios demográficos de la población colombiana, y obtener información actualizada sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud y la salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres en edad fértil, con el fin último de identificar aquellas diferencias injustas y evitables o remediables en la salud de las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica, así como la desigualdades, entendidas como la resultante de una situación de salud, en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, entre otros<sup>55</sup>.

### **3.5. Diseño Metodológico**

El diseño metodológico de la ENDS 2015 contiene, en primer lugar, la propuesta de fortalecimiento de los instrumentos de investigación, así como del plan de análisis de la información. Seguidamente se describe la prueba piloto tanto para la validación de los instrumentos como del optativo de campo. En segundo lugar, un apartado sobre el alcance de la submuestra de la Muestra Maestra de Salud que se utilizará para la ENDS 2015. El tercer componente es sobre el proceso de levantamiento de la información; y el quinto sobre el procesamiento y análisis de la misma; el cual se apoyará en los planes de análisis que se describen en el primer componente. Finalmente se hará una breve descripción de la propuesta de difusión de los resultados.

#### **3.5.1. Diseño de instrumentos de investigación y planes de análisis**

Como se mencionó en el apartado sobre la historia de la Encuesta de Demografía y Salud en Colombia, este estudio responde a los estándares internacionales de la DHS (siglas en ingles), sin

<sup>54</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Op. Cit., 2012., p. 30.

<sup>55</sup> *Ibíd.*, p. 29

embargo, para dar respuesta a algunas de las necesidades de información en salud, se le han ido incorporando secciones o preguntas que atiendan a dichas necesidades.

La Ends 2015 no será ajena a dicha intensión, por lo que se ha adelantado un proceso de revisión y fortalecimiento de los instrumentos de investigación, así como del plan de análisis de cada uno de los capítulos de la encuesta. Para tal efecto se llevaron a cabo 18 mesas de trabajo con expertos/as para la revisión de los contenidos de los capítulos, así como de las preguntas que dan cuanta de cada una de las temáticas consignadas en los cuatro instrumentos de investigación de la encuesta (Ver anexo 4. Informe de actividades Planes de Análisis y Ver Anexo 5. Formularios Ends 2015 validados en mesas de trabajo):

- Cuestionario de hogar
- Cuestionario individual de mujer de 13 a 49 años
- Cuestionario individual de hombre 13 a 59 años
- Cuestionarios de prevención de cáncer para mujeres de 50 años o más
- Cuestionario de prevención de cáncer para hombres de 60 años o más

Previo a las mesas de trabajo, se llevó a cabo una revisión de los instrumentos de investigación, así:

- Revisión de los cuestionarios teniendo en cuenta las frecuencias, la trazabilidad y la compabilidad de la información
- Rediseño de cuestionarios base para cada uno de los capítulos
- Diseño de matriz de estandarización para la elaboración de los planes de análisis de los capítulos, y para la inclusión, modificación o exclusión de preguntas en los instrumentos de investigación. La matriz contiene un mecanismo de homologación de los tabulados, de tal manera que se puedan comprar los resultados de los últimos 10 años de medición (Ver anexo 6. Instructivo para el desarrollo del Plan de Análisis Ends 2015).

Una vez surtida la etapa de revisión de los instrumentos se llevaron a cabo las mesas de trabajo, las cuales se desarrollaron de acuerdo a los campos de la matriz. La matriz tiene dos grandes componentes uno en el que se recoge la información básica del capítulo como el título, y otro en el que se consigna el plan de análisis para cada uno de los instrumentos de investigación que proveen información a cada capítulo.

Para establecer la forma en la que se adoptarán los enfoques teóricos de la encuesta, en cada uno de los capítulos, la matriz tiene campos para que se identifiquen los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, de los que da cuenta la información que se recaba para cada capítulo. También cuenta con un campo para describir como se hará el análisis de la información sobre mujeres en edad reproductiva (13 a 49 años); y otro sobre el análisis de la información de los hombres en edad reproductiva (14 a 59 años).

El análisis de la información debe dar cuenta de los resultados por sexo, y desarrollar un ejercicio comparado que permita identificar las inequidades entre hombres y mujeres en cuanto al ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

A continuación se enlistan cada uno de los capítulos de la Ends 2015 con su correspondiente objetivo principal, el cual fue concertado en las mesas de trabajo. Las memorias de las mesas de cada uno de los capítulos, la lista de asistentes a las sesiones, y las matrices de los planes de análisis diligenciadas, se pueden consultar en el anexo 7.

### **3.5.1.1. Componente sociodemográfico**

- a) **Cambios demográficos:** Identificar los cambios en la dinámica demográfica y en la estructura de la población del país; y conocer los cambios en la composición de los hogares colombiano. (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis. Capítulo 2. Cambios demográficos)
- b) **Cambios demográficos. Sección discapacidad:** identificar las principales características socioedemográficas de la población en situación de discapacidad (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis. Capítulo 2. Cambios demográficos. Sección discapacidad)
- c) **Características de los hogares y de la población:** Aportar al conocimiento sobre las tendencias de la situación económica y de pobreza de los hogares colombianos y proporcionar información para el análisis de las relaciones entre las características socioeconómicas de la población colombiana y sus comportamientos sexuales y reproductivos (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis. Capítulo 3. Características de los hogares y de la población)
- d) **Características de las mujeres y de los hombres:** describir las principales características de las mujeres y los hombres, con el fin de entender el contexto sociodemográfico y económico que influye en la salud sexual y la salud reproductiva (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis. Capítulo 4. Características de las mujeres y de los hombres)
- e) **Migración:** aportar información sobre las características de los migrantes internos y los emigrantes colombianos al exterior, así como la información para la estimación indirecta de la migración de los colombianos al exterior (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis Capítulo 5. Migración)
- f) **Mortalidad:** estimar los niveles de mortalidad infantil y en la niñez, los nivel de mortalidad materna y mortalidad adulta (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis Capítulo 6. Mortalidad)

### **3.5.1.2. Componente salud sexual y salud reproductiva**

- g) **Fecundidad:** estimar los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad (Ver anexo 7. ZIP. Plan de Análisis. Capítulo 7. Fecundidad)
- h) **Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo:** establecer la variación de los determinantes próximos de las mujeres y de los hombres en edad reproductiva (Ver anexo 7. Zip. Plan Análisis. Capítulo 8. Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo)
- i) **Métodos anticonceptivos: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos:** estimar los niveles de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis. Capítulo 9. Métodos anticonceptivos)

- j) **Preferencias de la fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos en hombres y mujeres:** Conocer los niveles de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis. Capítulo 10. Demanda insatisfecha)
- k) **Salud materna:** determinar los niveles y tendencias del uso de servicios de salud materna (Ver anexo 7. Zip. Plan análisis. Capítulo 11. Salud Materna)
- l) **Salud Materna. Sección aborto e IVE:** determinar el nivel de conocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (Ver anexo 7.Zip. Plan análisis. Capítulo 11. Salud Materna. Sección aborto e IVE)
- m) **Educación para la Sexualidad:** evaluar la participación y percepciones de mujeres y hombres sobre la educación para la sexualidad (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis Capítulo 9. Plan de Análisis. Capítulo 9. Métodos anticonceptivos. Sección educación para la sexualidad)
- n) **Conocimiento de ITS y del VIH/Sida y formas de prevención:** estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis Capítulo 12. ITS y VIH/Sida)
- o) **Detección temprana de cáncer:** estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la detección temprana de cáncer de mama, cuello uterino próstata, colon y recto (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis Capítulo 13. Detección temprana de cáncer)
- p) **Violencia de género:** estimar los niveles de violencia de género (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis Capítulo 13. Violencia de género)
- q) **Roles de género y autonomía sexual y reproductiva:** medir los niveles de autonomía de la mujeres y de los hombres en la toma de decisiones en el hogar, del cuidado de su salud, del manejo del dinero y de su vivencia de la sexualidad; así como establecer la percepción de los roles de género en la vivencia se la sexualidad de hombres y mujeres (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis. Capítulo 14. Roles de género)
- r) **Roles de género y autonomía sexual y reproductiva. Sección población LGBT:** identificar las percepciones sobre los derechos de la población LGBT (Ver anexo 7. Zip. Plan de Análisis. Capítulo 14. Roles de género. Sección Población LGBT)

### 3.5.2. Prueba Piloto

En las operaciones estadísticas de gran formato como lo son las encuestas poblacionales la prueba piloto es la técnica cualitativa de observación no participante a través de la cual el equipo de evaluación acompaña al equipo de trabajo de campo durante la realización del operativo y observa aspectos específicos de las encuestas sin participar ni emitir opinión alguna durante su desarrollo tomando nota de las situaciones problemáticas que se presentan durante el acompañamiento. A

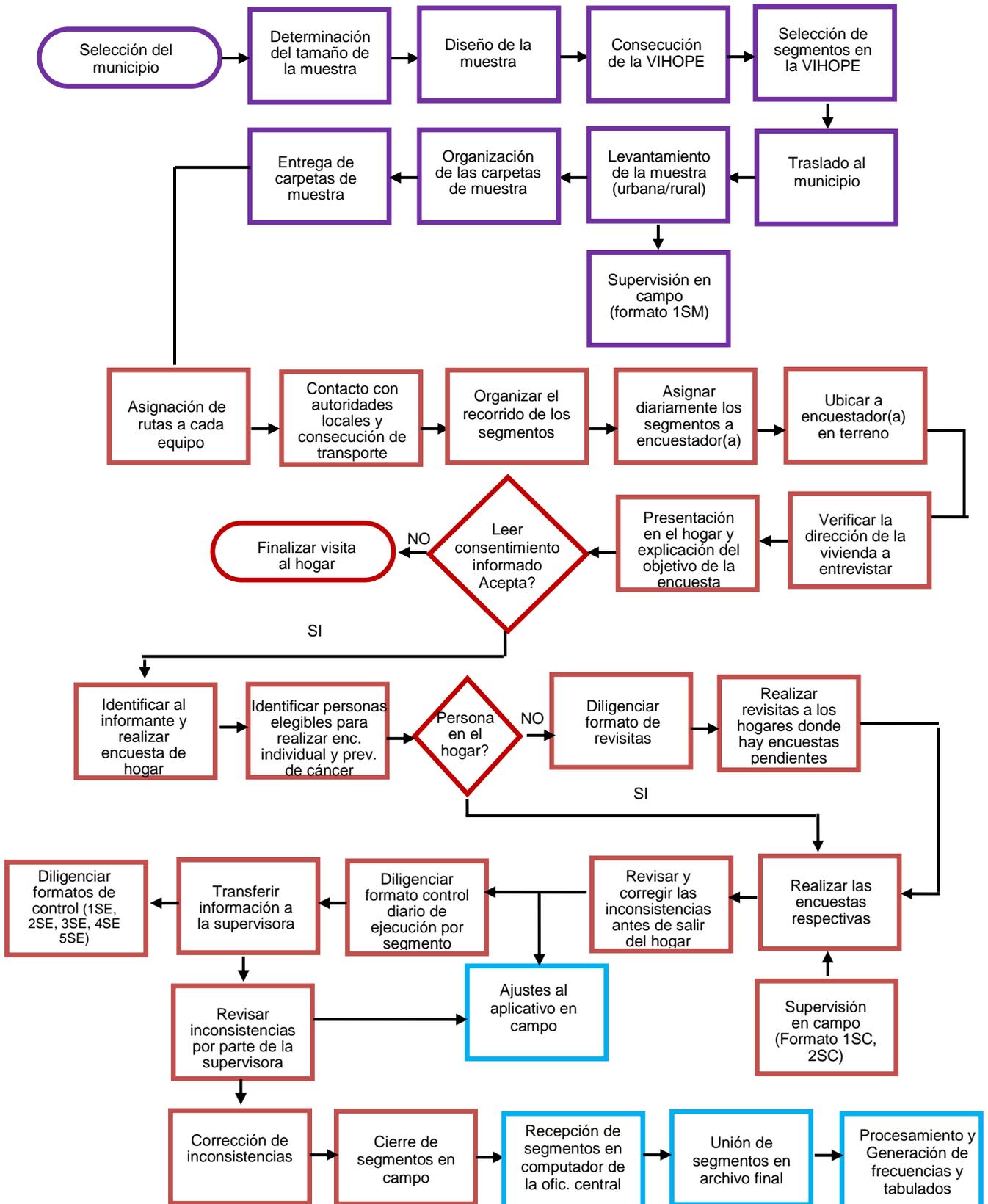
partir de sus observaciones el equipo evaluador aporta comentarios y sugerencias que permiten mejorar el desarrollo de las encuestas.

Dada la complejidad e importancia de la encuesta, la prueba piloto de la ENDS 2015 tiene objetivos múltiples como lo son examinar todas las preguntas del cuestionario propuesto; la agenda de entrenamiento del equipo de la encuesta; el desempeño de las/os encuestadores en campo; el aplicativo de captura de los datos; el operativo de campo; la aceptación de la encuesta y la comprensión por parte de la población de los conceptos acerca de los cuales se pregunta.

En ese orden de ideas, el objetivo general de la prueba piloto es: *evaluar en campo los instrumentos de investigación, el sistema de control de calidad, el aplicativo de captura de la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud; y medir y estandarizar la estrategia de trabajo de campo.*

El siguiente flujograma da cuenta de las etapas a cubrir a los largo de toda la prueba piloto de la ENDS 2015.

### FLUJOGRAMA PRUEBA PILOTO



### **3.5.2.1. Fases Prueba Piloto**

Para realizar la prueba piloto de la ENDS – 2015 se convocará a supervisoras con experiencia en encuestas poblacional y/o segmentación, y con experiencia previa en la Ends. Como es la primera vez que se aplica el cuestionario sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres, para la prueba piloto se convocará a 4 encuestadores que hayan trabajado en realización de encuestas. El equipo de la prueba piloto estará conformado por un total de 14 personas.

La prueba piloto se realizará en el municipio de San Sebastián de Mariquita. Este se seleccionó porque no hace parte de la muestra seleccionada para la ENDS 2015 ni la Muestra Maestra en Salud. Para la selección aleatoria de los segmentos a trabajar se solicitó la VIHOPE, la malla virtual y la salida gráfica, al grupo de ventas directas del Departamento Administrativo Nacional Estadístico –DANE-; entidad que aportó dicho material para desarrollo de esta fase de la encuesta. Con base en esta información, una vez seleccionados los segmentos para cada uno se generaron los mapas correspondientes. En total se seleccionaron 8 segmentos: 4 ubicados en la cabecera municipal, 2 en los centros poblados de La Albania y El Altillo y 2 en la zona rural dispersa.

La identificación de las viviendas y hogares de la muestra será la primera actividad a llevar a cabo durante el operativo de campo de la prueba piloto. Y en su realización participará las supervisoras y encuestadoras, siguiendo los estándares propios del levantamiento cartográfico, consignados en el manual de encuestador(a).

#### **a) Entrenamiento del equipo**

El entrenamiento del equipo de la prueba piloto de la ENDS 2015 tiene tres objetivos. El primero es dar a conocer al equipo de campo todos los elementos conceptuales de la operación estadística y los enfoques y contenidos temáticos de la encuesta. El segundo objetivo es estandarizar al equipo en: i) manejo de la técnica de la encuesta; ii) manejo de los cuestionarios; y iii) registro de las respuestas. El tercer objetivo está relacionado con el adecuado uso del aplicativo de captura de la información.

Los resultados del ejercicio se analizan básicamente en términos de exactitud (manejo de conceptos y cuestionarios) y precisión (registro de las respuestas), es decir, la destreza que tiene cada una de las personas del equipo para realizar la encuesta en forma tal que una misma encuesta realizada por diferentes encuestadores tenga los mismos resultados.

Cabe anotar que el proceso de estandarización es continuo, por lo que las supervisoras en campo harán acompañamiento a las encuestadoras/os y verificaba básicamente que cumpla con lo establecido en el curso de entrenamiento. Este último tendrá una duración de 2 semanas.

#### **b) Trabajo de campo**

Para la recolección de la información se conformarán dos equipos de trabajo, cada uno compuesto por una supervisora, 4 encuestadoras y 2 encuestadores. Cada equipo tendrá asignado el pilotaje de la encuesta en 4 segmentos: dos segmentos urbanos, un centro poblado y un rural disperso. Adicionalmente, como primera actividad en campo, identificarán las viviendas y hogares seleccionados para prueba piloto. Por su parte el equipo evaluador conformado funcionarios/as de Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, será observador del desarrollo del operativo de

campo y se concentrará en la supervisión de aspectos clave para la encuesta.

Institución	Rol	Función
Ministerio de Salud y Protección Social	Supervisor	- Verificar el funcionamiento de todas las etapas de la Prueba piloto
Profamilia	Directora encuesta	- Supervisión de la articulación y funcionamiento de todo el equipo - Observación del manejo e incorporación de los enfoques y temáticas de la ENDS
	Coordinadora general encuesta	- Apoyo a la supervisión de la articulación y funcionamiento del equipo - Apoyo a la evaluación del funcionamiento del aplicativo de captura de la información - Apoyo a la evaluación de la logística del trabajo de campo
	Directora del trabajo de campo	- Evaluar el funcionamiento del aplicativo de captura de la información - Evaluar la logística del trabajo de campo y el desempeño de los equipos - Coordinar las reuniones de revisión del trabajo
	Muestrista	- Evaluar el desempeño del equipo en el levantamiento cartográfico e identificación de la muestra - Evaluación del tiempo que toma el levantamiento de la muestra
	Consultor en sistemas de información para encuestas poblacionales	- Evaluar y ajustar el funcionamiento del aplicativo de captura de la información - Evaluar y ajustar el sistema de transferencia de la información
	Supervisoras de campo	- Levantamiento cartográfico - Asignación y ubicación de las encuestadoras en los segmentos - Acompañamiento durante todo el día a las encuestadoras en cada uno de los segmento - Diligenciamiento de los diferentes formatos. - Transferencia de actualizaciones del aplicativo de captura a los computadores de la encuestadora - Recepción de información - Envío de información a oficina central
	Encuestadoras/es	- Levantamiento cartográfico - Diligenciamiento del formato diario de ejecución por segmento. - Realización de las entrevistas por parte de lo(a)s encuestadore(a)s. - Programación de las visitas por parte de lo(a)s encuestadore(a)s. - Revisitas a los diferentes segmentos para realizar entrevistas pendientes por parte de lo(a)s encuestadore(a)s. - Transferencia de la información a las supervisoras

En términos generales el operativo de campo se desarrollará siguiendo en orden aproximado las siguientes actividades diarias:

- Presentación ante las autoridades municipales (Alcaldía Municipal, Policía Nacional y autoridades en salud)
- Asignación de áreas de muestreo para levantamiento cartográfico
- Asignación de las viviendas y hogares al equipo de encuestadores/as
- Aplicación de las encuestas
- Revisión de inconsistencias antes de finalizar la encuesta en el hogar
- Supervisión de la aplicación de las encuestas
- Supervisión del funcionamiento del aplicativo
- Cada miembro del equipo evaluador acompañará a una encuestadora/or o una supervisora<sup>56</sup>
- Transferencia de la información recolectada por las encuestadoras a las supervisoras
- Revisión de inconsistencias en la digitación de la estructura del hogar por parte de las supervisoras
- Revisión de inconsistencias en el cuestionario
- Reunión diaria de todo equipo para evaluación del operativo
- Ajustes a los instrumentos y al aplicativo

- **Prueba piloto muestra**

Con el fin de fortalecer las habilidades del equipo de trabajo campo en la identificación y levantamiento de la muestra, así como dimensionar la carga que representa esta actividad dentro de la logística del trabajo de campo de la ENDS 2015, la muestra de la prueba piloto se identificará en campo, junto con el proceso de recolección de la información. Los instrumentos que se utilizarán para controlar la calidad de la información de la muestra son:

- Se tendrá en cuenta el desempeño en cuatro aspectos básicos del levantamiento cartográfico: la preparación; la forma de ubicarse y de recorrer el área; la forma de hacer el recuento y, finalmente, la forma de dibujar y listar las viviendas y hogares. Diligenciado en campo.
- La muestra se organiza empleando una carpeta para cada municipio, por lo tanto se verifica el orden del contenido de la carpeta; la calidad y consistencia de los croquis y listados; la claridad y consistencia de los segmentos (particiones) identificadas al interior del área de muestreo y, finalmente, en el segmento seleccionado, el proceso de selección y la consistencia del croquis y el listado.

- **Prueba piloto cuestionarios**

Los aspectos a evaluar durante la aplicación de los cuestionarios son:

- Redacción de las preguntas
- Comprensión de las preguntas por parte de la persona entrevistada, así como correspondencia con la información a obtener a partir de la pregunta
- Revisión de los filtros y saltos

---

<sup>56</sup> Por motivos de la confidencialidad de la información y el principio de privacidad, solo podrá haber un observador/a por hogar.

- Inclusión o eliminación de preguntas.
- Revisión del orden de las preguntas dentro de los diferentes módulos y ritmo de la encuesta.
- Medición de los tiempos para la realización de los diferentes cuestionarios.

Debido a que se introducen nuevas preguntas y temáticas en los cuestionarios tanto de hogar como individual, así como la incorporación del cuestionario para hombres, en la prueba piloto se prestará especial atención a las nuevas preguntas. No obstante, con el fin de dar respuestas a las solicitudes expresadas en el marco de la validación de los planes de análisis de los capítulos de la encuesta se hará énfasis en la revisión de las siguientes preguntas de los cuestionarios:

### ***Cuestionarios de Hogar***

- Se prestará atención a la reacción y a la comprensión de los informantes frente a las preguntas sobre identidad y orientación sexual.
- Con relación a la preguntas sobre personas en situación de discapacidad se evaluará la comprensión de los/as encuestados/as respecto a la escala de capacidades

### ***Capítulo Mortalidad***

- Registro de las terminaciones de los embarazos

### ***Capítulo Fecundidad***

- Pregunta sobre calidad de las relaciones familiares, a saber: Con qué frecuencia su papá, mamá o la persona adulta que responde por Ud:
- ¿Sabe dónde está Ud. cuando sale de la casa?
- ¿Sabe con qué amigo(a)s sale Ud.?
- ¿Le pone horario de salida y entrada cuando Ud. sale con sus amigo(a)s?
- ¿Sabe cómo le va a Ud. en la escuela/colegio/universidad?

### ***Capítulo Preferencias de fecundidad***

- Para las preguntas de aborto se evaluarán estas dos alternativas de pregunta:
- En Colombia está despenalizado el aborto: ¿En todos los casos, sólo en algunos casos o en ningún caso?
- En Colombia está despenalizado el aborto: ¿Por cualquier motivo, sólo por ciertos motivos o por ningún motivo?
- Se evaluarán dos opciones de respuesta para la pregunta: Le voy a leer varios casos que pueden ser motivos de aborto. Para cada caso dígame si actualmente en Colombia está despenalizado o no:
- Opción a. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer  
Cuando el embarazo puede afectar la salud física de la mujer
- Opción b. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer  
Cuando el embarazo puede afectar la salud mental de la mujer

### ***Capítulo Educación para la sexualidad***

- ¿Qué es para usted la sexualidad?: para esta pregunta evaluarán las opciones de respuesta y una vez finalizada la prueba se revisará la posibilidad de categorizar las respuestas consignadas en la opción “otra”.
- Se medirá el tiempo que se demoran las personas contestando las preguntas sobre los temas relacionados con sexualidad.

- Debido a que al que el plan de análisis propone ampliar el rango de edad para este componente, se revisará el nivel de recordación de las personas en los mayores rangos de edad y con menor nivel educativo

### **Capítulo Violencia de género**

- Pregunta sobre consecuencias de la violencia: Por favor dígame si las siguientes cosas le sucedieron como resultado de lo que pareja le hizo:
  - ¿Se enfermó físicamente?
  - ¿Se enfermó de la cabeza?

### **Capítulo Roles de género**

- Se medirá el tiempo y la fluidez con la que se hacen las preguntas sobre autoimagen
  - ¿Alguna vez se ha sentido avergonzada de su cuerpo?
  - ¿Con qué frecuencia ha tenido los siguientes pensamientos: Nunca, a veces, normalmente, a menudo, siempre
  - Las mujeres deben ocuparse más de su apariencia y belleza que los hombres
  - El atractivo físico es muy importante si se quiere destacar en la sociedad
  - Siento deseos de seguir una dieta estricta cuando veo el cuerpo de lo(a)s modelos
  - Las personas que salen en los videos musicales me hacen sentir mal físicamente

### **Capítulo de Reproducción (cuestionario hombres)**

- Las siguientes dos preguntas se dejaron abiertas para posteriormente evaluar las opciones de respuesta y crear las categorías a utilizar:
  - ¿Por qué no acompañó a la madre de (NOMBRE) a los controles prenatales?
  - ¿Por qué no sabe si recibió controles prenatales?

La evaluación de los anteriores contenidos se realizará en las sesiones de retroalimentación al final de la jornada diaria de trabajo, de las cuales se hará un acta, en la que deben quedar registrados los cambios que se acuerden.

- **Prueba piloto de las técnicas de encuesta**

Los dos componentes a evaluar con relación a las técnicas de encuesta son: a) empatía con él o la entrevistada; y b) manejo del instrumento. Con relación a la relación empática, se tendrá en cuenta:

- Adecuada presentación de ella/él y de la encuesta
- Generar un ambiente de privacidad adecuado para la realización de la encuesta
- Establecer contacto visual con el/a entrevistado/a
- Escucha atenta a las respuesta
- No interrupción de las respuestas del informante

Con relación al manejo del instrumento se tendrá en cuenta:

- Lectura textual de la pregunta
- Adecuado sondeo
- Manejo de conceptos básicos
- Uso adecuado de los periodos de referencia
- Adecuado registro de las personas que componen los hogares
- Adecuado registro de las respuesta en el aplicativo de captura de la información

- **Prueba piloto del programa de captura de la información**

Se evaluará que la aplicación recorra todas las preguntas de los cuestionarios; que los flujos y los saltos se realicen adecuadamente; la detección de inconsistencias, así como la adecuada selección de las personas elegibles para responder cada cuestionario. Adicionalmente, se evaluará la transferencia de la información de las supervisoras a las encuestadoras en cuanto a la asignación de segmentos y hogares; la transferencia de la información de las encuestadoras a las supervisoras una vez realizadas las encuestas; el proceso de cierre de segmentos; y la transferencia de la información de las supervisoras a la oficina central. Igualmente se evaluará el funcionamiento de la transferencia de las actualizaciones y las actualizaciones como tal.

Para el modulo en la oficina central se revisará la aceptación de los segmentos cerrados enviados por las supervisoras, revisión de inconsistencias generales en cada segmento, cierre definitivo de segmentos.

Para la gestión de las encuestadoras, se tendrá en cuenta:

- Controles administrativos y de estructura: Se controlará la estructura de los hogares y que se haga entrega de la información a la supervisora y que se haga backup de la información recolectada.
- Controles de la calidad de los datos durante la entrevista: Se controlarán patrones de salto a través del formulario, del rango de valores válidos para cada variable y de la consistencia de ciertas variables que se relacionan con el mantenimiento de la integridad estructural de los datos.
- Revisión de inconsistencias: Después de terminada una entrevista los(as) encuestadores(as) tendrán la oportunidad de revisar los errores y si es necesario volver a completar o corregir información directamente en la fuente.

Para la gestión de la supervisión:

- Controles administrativos: Control de la muestra, trabajo diario de las encuestadoras y avance del trabajo (segmentos cerrados).
- Controles de estructura de los hogares y los segmentos: Control de la estructura de los hogares, es decir que cada entrevista de hogar tenga sus correspondientes cuestionarios individuales.
- Revisión de inconsistencias en las entrevistas: Control de la coherencia interna de la información en los cuestionarios.

Para la gestión desde la oficina central:

- Controles administrativos: Se hará control de la muestra, del avance del trabajo, y del avance de la edición o limpieza secundaria.
- Control para el seguimiento de inconsistencias: Recuento del número de errores de consistencia encontrados durante la depuración de los datos por segmento y por encuestadora.

- Tablas de chequeo de campo: Este será uno de los medios por el cual se hará seguimiento a las tasas de respuesta y a las coberturas. Permitirán hacer seguimiento a la calidad de los datos, mientras que el trabajo de campo todavía está en marcha.

- **Cobertura y productividad de la prueba piloto**

Se evaluará el nivel de avance del operativo de campo así como el desempeño individual de las encuestadoras/es, teniendo en cuenta los siguientes componentes:

- Control Diario de Ejecución por Segmento. Se establecen los hogares que serán entrevistados y controlar el número de encuestas realizadas y pendientes.
- Productividad Diaria por Encuestadora: Permite determinar el desempeño diario de cada entrevistadora.
- Resultado por Segmentos: Permite tener el resultado final de las entrevistas de hogar e individual por cada uno de los segmentos.
- Control de Ejecución de Segmentos por Municipio: Mantiene el control continuo sobre el desempeño del grupo en cada municipio.
- Indicadores de Producción y Cobertura por Segmento Terminado : Permite hacer una evaluación de todo el desarrollo de la encuesta frente a los volúmenes de trabajo global programados inicialmente y al calendario de actividades establecido.

Todos los elementos a evaluar a lo largo de la prueba piloto se registraran en varios formatos, los cuales hacen parte del Sistema de Control de la Calidad Estadística diseñado para la ENDS 2015, el cual se explica más adelante.

### 3.5.3. Muestra Ends 2015

Dentro de la formulación del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud, se utilizará para la **ENDS 2015 una submuestra** de la Muestra Maestra de Hogares para Estudios en Salud diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social para la realización de las encuestas del Sistema. A continuación se describen el diseño muestral utilizado para la identificación de la Muestra Maestra de Salud y la submuestra que se utilizará para la ENDS 2015.

#### 3.5.3.1. Muestra Maestra de Salud<sup>57</sup>

La Muestra Maestra de Hogares del Ministerio de Salud y Protección Social permite garantizar el enfoque integral y de complementariedad de los estudios del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud desde el punto de vista temático y de las poblaciones objeto de investigación, así como la representatividad y desagregación similar de los resultados, facilitando análisis interrelacionados de la situación de salud de la población y de sus principales determinantes, con los estándares de representatividad, eficiencia, calidad y precisión establecidos para el Sistema.

Dentro de las premisas del diseño de la Muestra Maestra el Ministerio de Salud y Protección Social consideró que el universo de estudio son todos los departamentos y municipios del país y sus zonas

<sup>57</sup> Los apartes del numeral 5.3.1. fueron tomados del documento “Muestra Maestra de Hogares Para Estudios en Salud. Documento Resumen”. Dirección de Epidemiología y Demografía y, Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información. Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

urbanas y rurales, con excepción de la zona rural dispersa de los municipios de la Orinoquia y la Amazonia; que el tamaño de muestra fuera sensible a indicadores de razón de baja magnitud e indicadores paramétricos de alta variación relativa permitiendo además estimar, con significación estadística, los cambios mínimos esperados periódicamente; y, que las mayores encuestas exigen desagregación de resultados a nivel departamental, y agregación progresiva a nivel de 13 subregiones, 6 regiones y para el conjunto del país.

#### **3.5.3.1.1. Tipo de muestra**

La Muestra Maestra, configurada en función de los requerimientos del conjunto de estudios poblacionales en salud, es probabilística, de conglomerados, estratificada y polietápica, y a partir de ella se podrán seleccionar las submuestras probabilísticas requeridas por los diferentes estudios.

##### **a) Probabilística**

Cada unidad del universo estudiado tiene una probabilidad de selección conocida y mayor que cero. Las muestras probabilísticas garantizan la posibilidad de generalizar o inferir los resultados muestrales a los universos de los cuales han sido seleccionadas, con un determinado error de estimación (error estándar); permiten establecer previamente, en forma aproximada, la precisión deseada en los resultados (en términos de error estándar aceptable); y fundamentan la metodología para el cálculo de la precisión observada en los resultados. El muestreo probabilístico implica para su validez la selección aleatoria de las unidades de muestreo.

##### **b) De Conglomerados**

La Muestra Maestra contempla diferentes categorías de conglomerados:

- Unidades Primarias de Muestreo (UPM), constituidas por municipios de más de 7,500 habitantes, que es el tamaño poblacional mínimo para sustentar los tamaños muestrales previstos a este nivel, los municipios con un tamaño poblacional menor a 7,500 habitantes se unieron con municipios vecinos, del mismo departamento, de similares características socioeconómicas, que pertenecieran a la misma provincia y con una conformación urbano/rural similar, para completar la población mínima exigida. Se conformaron 908 UPM con los 1,103 municipios existentes en el país.

Las UPM de mayor tamaño poblacional, fueron de inclusión forzosa (IF) en la muestra, con probabilidad 1. La línea divisoria del tamaño se estableció en función del tamaño promedio de los estratos. Todas las capitales departamentales, y muchas de las ciudades intermedias, por su tamaño, fueron de Inclusión Forzosa (IF).

- Unidades Secundarias de Muestreo (USM). En las zonas urbanas, están conformadas por grupos de manzanas contiguas del mismo sector y sección censales, con un mínimo acumulado de 96 viviendas, para generar la muestra de viviendas y hogares requeridos por ocho o más estudios poblacionales realizados más o menos simultáneamente (en un lapso de tiempo, por ejemplo, hasta de dos años). En la zona rural, la sección es el área mínima de empadronamiento censal, y usualmente tiene más de 100 viviendas.
- Unidades Terciarias de Muestreo (UTM). Son segmentos con un promedio de 12 viviendas contiguas (entre 6 y 17 viviendas). Este promedio de viviendas por segmento (12 viviendas) se denomina "medida de tamaño, MT". Las manzanas con menos de 6 viviendas se unen con una

vecina de la misma sección para conformar una MT como mínimo. Cada manzana (o pareja de manzanas) se divide en segmentos de tamaño similar, para ser utilizados en las encuestas.

Por su fácil identificación, la vivienda es la unidad última de muestreo, aunque los hogares y sus miembros son las unidades de observación de los estudios poblacionales. En Colombia, el promedio de hogares por vivienda es de 1.05. Este promedio es mayor en los centros urbanos (DANE, 2012).

El número promedio de viviendas por segmento (12) incluye una sobremuestra de hasta el 20% (2 viviendas) para compensar las pérdidas de muestra habituales en las encuestas, que son ocasionadas por múltiples factores (rechazo, ausencia temporal de las personas, dificultades ambientales y geográficas extremas, inseguridad, etc.). Por lo tanto, se espera un promedio de 10 viviendas por segmento (10.4 hogares) encuestadas efectivamente, en los distintos estudios.

### **c) Estratificada**

La estratificación de las UPM de tamaño menor, (las que no son de IF) se realizó dentro de los dominios mínimos de inferencia (departamentos), con base en las siguientes variables o indicadores.

- Población total buscando un tamaño poblacional similar en los diferentes estratos, por su efecto optimizador.
- Nivel de Urbanización definido con base en el tamaño de la cabecera municipal, por su alto poder explicativo de los indicadores sociales y económicos.
- Índice de Desarrollo Municipal (INDEMUN) (Departamento Nacional de Población (DNP), 2013), debido a su definición en función de múltiples variables geográficas, sociales, económicas y de infraestructura de salud, educación y de servicios públicos.

Se llegó a estas tres variables de estratificación a través de un análisis multivariado (por Componentes Principales) (Escofier, 1992) en el cual se estudiaron las interrelaciones entre un conjunto mayor de variables, entre las cuales estaban, el Índice de Desarrollo Integral de los Municipios, la composición urbano-rural de la población y la composición étnica. La estratificación de las USM y UTM estaba dada por su clasificación por sección censal, la cual, en la zona urbana, está asociada con barrio y estrato socioeconómico (DANE, 2012).

### **d) Polietápica**

El proceso de selección de la muestra está estructurado en tres etapas, en función de la secuencia de selección de las tres categorías de conglomerados:

- Primera etapa, selección de UPM: las de Inclusión Forzosa (IF), con probabilidad 1, y las de inclusión probabilística, una por estrato, con probabilidad proporcional al tamaño de la población (PPT).
- Segunda etapa, selección de USM: con probabilidad proporcional al tamaño dentro de la UPM.
- Tercera etapa, selección de UTM: con probabilidad igual dentro de la USM.

El producto de las probabilidades de selección de las tres etapas, es la probabilidad final de selección de las UTM, y de las viviendas y hogares que contienen. Las probabilidades finales variaron entre dominios geográficos de inferencia, y ello obliga a la ponderación de los valores muestrales por el recíproco de tales probabilidades, para evitar sesgos de estimación.

#### **3.5.3.1.2. El Tamaño de la Muestra**

A partir de los cálculos exploratorios de tamaño de muestra para estimar cambios en el tiempo de indicadores tipo proporción y promedio con significación estadística y 95% de confianza, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció que el tamaño ideal de una submuestra nacional para los estudios más exigentes sería de 84,000 hogares efectivamente encuestados, y el tamaño para los estudios planeados para el lapso 2014 – 2015 y presupuestados con anticipación, sería de 52,000 hogares efectivos. La ENDS 2015 hace parte de los estudios planeados para el lapso 2014-2015; el cuadro a continuación presenta la configuración de la submuestra de la Muestra Maestra que se utilizará en la ENDS 2015.

Muestra Maestra de Salud. Distribución del número de hogares, UPM, municipios y segmentos por dominio de la submuestra para la ENDS 2015.										
Región	Sub - región	Dominio mínimo	Hogares en la muestra	UPM en la muestra	Numero de municipios en el dominio	Numero de municipios en la muestra	Segmentos Urbanos	Segmentos Rurales	Total de segmentos	
Atlántica	1.1.	San Andrés	1.500	1	2	2	104	41	145	
		Atlántico	1.500	8	23	8	134	10	144	
		Bolívar	1.500	12	26	12	110	34	144	
		<b>Total Subregión 1.1.</b>	<b>4.500</b>	<b>21</b>	<b>51</b>	<b>22</b>	<b>348</b>	<b>85</b>	<b>433</b>	
	1.2.	La Guajira	1.500	6	15	6	78	66	144	
		Magdalena	1.500	5	30	5	105	39	144	
		Cesar	1.500	4	25	4	107	37	144	
		<b>Total Subregión 1.2.</b>	<b>4.500</b>	<b>15</b>	<b>70</b>	<b>15</b>	<b>290</b>	<b>142</b>	<b>432</b>	
	1.3.	Sucre	1.500	5	26	5	96	48	144	
		Córdoba	1.500	6	30	6	76	68	144	
		<b>Total Subregión 1.3.</b>	<b>3.000</b>	<b>11</b>	<b>56</b>	<b>11</b>	<b>172</b>	<b>116</b>	<b>288</b>	
	<b>Total Región Atlántica</b>			<b>12.000</b>	<b>47</b>	<b>177</b>	<b>48</b>	<b>810</b>	<b>343</b>	<b>1.153</b>
	Oriental	2.1.	Santander	1.500	24	87	24	106	38	144
Norle de Santander			1.500	11	40	12	111	33	144	
<b>Total Subregión 2.1.</b>			<b>3.000</b>	<b>35</b>	<b>127</b>	<b>36</b>	<b>217</b>	<b>71</b>	<b>288</b>	
2.2.		Boyacá	1.500	27	123	27	80	64	144	
		Cundinamarca	1.500	20	116	20	91	53	144	
		Meta	1.500	5	39	7	107	37	144	
		<b>Total Subregión 2.2.</b>	<b>4.500</b>	<b>52</b>	<b>278</b>	<b>54</b>	<b>278</b>	<b>154</b>	<b>432</b>	
<b>Total Región Oriental</b>			<b>7.500</b>	<b>87</b>	<b>405</b>	<b>90</b>	<b>495</b>	<b>225</b>	<b>720</b>	
Orinoquía y Amazonía	3.1.	Arauca	1.000	7	7	7	84	12	96	
		Casanare	1.000	11	19	13	83	13	96	
		Guainía	1.000	9	9	9	96	0	96	
		Vichada	1.000	4	4	4	96	0	96	
		<b>Total subregión 3.1.</b>	<b>4.000</b>	<b>31</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>359</b>	<b>25</b>	<b>384</b>	
	3.2.	Amazonas	1.000	11	11	11	96	0	96	
		Putumayo	1.000	8	13	9	81	15	96	
		Guaviare	1.000	4	4	4	96	0	96	
		Vaupés	1.000	6	6	6	96	0	96	
		<b>Total subregión 3.2.</b>	<b>4.000</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>369</b>	<b>15</b>	<b>384</b>	
<b>Total Región Orinoquía y Amazonía</b>			<b>8.000</b>	<b>60</b>	<b>73</b>	<b>63</b>	<b>728</b>	<b>40</b>	<b>768</b>	
Bogotá	4.1.	Bogotá	4.000	1	1	1	384	1	385	
		<b>Total Subregión 4.1.</b>	<b>4.000</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>384</b>	<b>1</b>	<b>385</b>	
	<b>Total Región Bogotá</b>			<b>4.000</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>384</b>	<b>1</b>	<b>385</b>	
Central	5.1.	Caldas	1.500	8	27	8	103	41	144	
		Risaralda	1.500	9	14	9	112	32	144	
		Quindío	1.500	4	12	5	126	18	144	
		<b>Total Subregión 5.1.</b>	<b>4.500</b>	<b>21</b>	<b>53</b>	<b>22</b>	<b>341</b>	<b>91</b>	<b>432</b>	
	5.2.	Tolima	1.500	8	47	8	99	45	144	
		Huila	1.500	7	37	8	86	58	144	
		Caquetá	1.500	4	16	4	84	60	144	
		<b>Total Subregión 5.2.</b>	<b>4.500</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>269</b>	<b>163</b>	<b>432</b>	
	5.3.	Medellín + AM	2.200	1	10	10	200	12	212	
		Antioquia (Resto)	1.500	21	115	21	79	66	145	
		<b>Total Subregión 1.3.</b>	<b>3.700</b>	<b>22</b>	<b>125</b>	<b>31</b>	<b>279</b>	<b>78</b>	<b>357</b>	
	<b>Total Región Central</b>			<b>12.700</b>	<b>62</b>	<b>278</b>	<b>73</b>	<b>889</b>	<b>332</b>	<b>1.221</b>
	Pacífica	6.1.	Cali + AM	1.800	1	2	2	169	4	173
Valle del Cauca (Resto)			1.500	10	40	10	108	37	145	
<b>Total Subregión 6.1.</b>			<b>3.300</b>	<b>11</b>	<b>42</b>	<b>12</b>	<b>277</b>	<b>41</b>	<b>318</b>	
6.2.		Cauca	1.500	9	42	9	58	87	145	
		Nariño	1.500	10	64	11	71	74	145	
		Chocó	1.500	6	30	6	71	74	145	
		<b>Total Subregión 6.2.</b>	<b>4.500</b>	<b>25</b>	<b>136</b>	<b>26</b>	<b>200</b>	<b>235</b>	<b>435</b>	
<b>Total Región Pacífica</b>			<b>7.800</b>	<b>36</b>	<b>178</b>	<b>38</b>	<b>477</b>	<b>276</b>	<b>753</b>	
<b>Total General</b>			<b>52.000</b>	<b>293</b>	<b>1.112</b>	<b>313</b>	<b>3.783</b>	<b>1.217</b>	<b>5.000</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Muestra Maestra de hogares para estudios de Salud.

### 3.5.3.1.3. Probabilidades de Selección

#### a) Selección de Unidades Primarias de Muestro (UPM)

La muestra de UPM de inclusión probabilística se definió con la técnica de “Selección Controlada”, desarrollada por Roe Goodman y Leslie Kish en 1950 (Kish, 1950), y que presenta ventajas en la selección de grandes unidades primarias, como es el caso de las muestras nacionales de hogares de Estados Unidos y muchos otros países.

#### b) Selección de Unidades Secundarias de Muestreo (USM)

Las USM tienen alrededor de 96 viviendas correspondientes a 8 submuestras de 12 viviendas cada una. Un grupo de un promedio de 12 viviendas contiguas, se denomina “medida de tamaño (MT)”, para efectos del proceso de selección sobre la base de datos del VIHOPE. Las USM se conforman con manzanas contiguas, de la misma sección censal, que en conjunto contengan un mínimo de 8 MT. Para cada manzana se calcula separadamente el número de MT dividiendo por 12 su número de viviendas, y redondeando al entero más próximo. Una súper-manzana (con grandes edificios, por ejemplo) puede contener 1 o más USM. El número mínimo de viviendas de una manzana para asignarle una MT, es de 7. Las manzanas con menos viviendas, se combinan con una de las manzanas aledañas, para efectos del proceso de cálculo de las MT, y la subsiguiente selección.

#### c) Selección de Unidades Terciarias de Muestreo (UTM) o Segmentos

Las UTM son las áreas finales de la muestra. Están conformadas por segmentos de área física, claramente delimitadas con un promedio de 12 viviendas (7 a 12 viviendas).

En las zonas urbanas, un segmento puede estar constituido por una manzana completa, o con una parte de una manzana, cuyos límites deben ser fácilmente identificables. Puede ser uno o dos costados de una manzana, o simplemente una porción de manzana, con especificación de las edificaciones inicial y final, y con las reglas de ubicación de eventuales viviendas interiores existentes en la parte central de la manzana. Un segmento también puede estar conformado por dos manzanas contiguas que se han combinado para constituir, por lo menos, una “medida de tamaño, MT”.

En las zonas rurales dispersas, un segmento es un área con un promedio de 12 viviendas, delimitado en función de elementos naturales como ríos, quebradas, zonas boscosas o irregularidades del terreno, o elementos sociales como carreteras, caminos, senderos, líneas férreas, etc.

#### d) Las Submuestras de la Muestra Maestra

Todas las submuestras de la Muestra Maestra tienen en principio, las mismas Unidades Primarias de Muestreo (UPM). Las submuestras que contemplen el tamaño máximo total de hogares efectivos previsto inicialmente, 84,000, tendrán en la Muestra Amplia 344 UPM (431 municipios). Las submuestras planeadas para el lapso 2014 - 2015, como la ENDS 2015, tendrán un máximo de 52,000 hogares efectivos (lo presupuestado), por lo cual se hizo un submuestreo aleatorio del 50% de las UPM de inclusión probabilística (IP). Tendrán por lo tanto 244 UPM. Cada estudio poblacional en salud tiene una submuestra específica de Unidades Terciarias de Muestreo (UTM), o de segmentos.

### 3.5.3.2. Submuestra para la ENDS 2015

#### 3.5.3.2.1. Universo de estudio

De acuerdo con los lineamientos de la Muestra Maestra de Salud, el universo de la ENDS 2015 está constituido por el 99 por ciento de la población civil residente en hogares particulares de las zonas urbana y rural de los 32 departamentos del país y Bogotá. No hacen parte del universo las personas residentes en hogares especiales de alojamiento ni la población rural dispersa de los departamentos de la Amazonía y Orinoquía que representa menos del 1 por ciento de la población total del país.

#### 3.5.3.2.2. Unidades de observación y análisis

En la ENDS 2015 hay nueve unidades de observación y análisis:

- **Viviendas:** para todas las viviendas de los segmentos seleccionados se establecen 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; en el caso particular de población indígena se utiliza traductor previa aprobación del/a informante.
- **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; en el caso particular de población indígena se utiliza traductor previa aprobación del/a informante.

A través del cuestionario de hogar se identifican 13 diferentes grupos de análisis:

- **Menores de 5 años:** Para todas las personas menores de 5 años se pregunta sobre el registro civil del nacimiento y el lugar del registro o la causa de no registro, la asistencia a instituciones de atención para la primera infancia, el tipo de institución a la que asiste, la causa por la que dejó de asistir o la razón por la que no ha asistido.
- **Población LGBT:** Para todas las personas del hogar se preguntan sobre su identidad sexual para determinar necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las personas trans en Colombia; la pregunta sobre orientación sexual a todas las personas del hogar permitirá conocer información acerca de personas que son identificadas como homosexuales, bisexuales o heterosexuales.
- **Hombres y mujeres en condición de discapacidad:** Para todas las personas del hogar se pregunta si tienen alguna dificultad permanente para realizar actividades específicas; cuál es la dificultad que más afecta su desempeño diario; las barreras de acceso a los servicios de salud y quién es el cuidador en caso de necesitar ayuda permanente de una persona.
- **Emigrantes colombianos a otros países:** En cada hogar se pregunta por la residencia en el exterior de alguno de sus miembros; características demográficas de los emigrantes; principales motivos de la emigración y los principales destinos migratorios.

- **Migración interna:** Para todas las personas de 5 años y más del hogar se pregunta por el tiempo continuo viviendo en el municipio de la encuesta; la fecha en la que llegó al municipio; lugar en dónde vivía antes de llegar al municipio actual; y razón por la que salió del municipio anterior.
- **Mujeres de 14 a 49 años:** todas las mujeres de 13 a 49 años residentes en los hogares seleccionados responden un cuestionario individual con preguntas dirigidas a entender el contexto de la reproducción, la fecundidad, la mortalidad materna, infantil, en la niñez y adulta, la planificación familiar, la salud materna, la salud sexual y reproductiva, la violencia de género, las experiencias de exclusión y violencia que conocen contra personas de la población LGBT sus actitudes y niveles de aceptación hacia la población LGBT y los imaginarios relativos a los roles de género. Las informantes son cada una de las mujeres elegibles; en el caso particular de población indígena se utiliza traductor previa aprobación de la mujer elegible.

A través del cuestionario individual de mujeres se identifican:

- **Nacimientos en los últimos cinco años:** para todos los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, las mujeres en edad fértil entrevistadas responden preguntas sobre las características, condiciones de la atención en salud durante el embarazo, parto y postparto. Las informantes son cada una de las mujeres elegibles con hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta; en el caso particular de población indígena se utiliza traductor previa aprobación de la mujer elegible.
- **Hombres de 13 a 59 años:** todos los hombres de 13 a 59 años residentes en los hogares seleccionados responden un cuestionario individual con preguntas dirigidas a entender el contexto de la reproducción, la fecundidad, la mortalidad materna y adulta, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva, la violencia de género, las experiencias de exclusión y violencia que conocen contra personas de la población LGBT sus actitudes y niveles de aceptación hacia la población LGBT y los imaginarios relativos a los roles de género. Los informantes son cada uno de los hombres elegibles; en el caso particular de población indígena se utiliza traductor previa aprobación del hombre elegible.
- **Hombres y Mujeres de 13 a 24 años:** a todas las personas de 13 a 24 años de edad residentes habituales de los hogares seleccionados, en el cuestionario individual se les hacen preguntas específicas sobre su participación en actividades de educación para la sexualidad, temas sobre los que han recibido información, percepción y utilidad que le otorgan a dicha información para su vida. Los informantes son cada uno de los hombres y mujeres elegibles; en el caso particular de población indígena se utiliza traductor previa aprobación de la persona elegible.
- **Mujeres de 21 a 69 años:** a todas las mujeres de 21 a 69 años de edad residentes habituales de los hogares se les pregunta sobre el conocimiento, uso y frecuencia del autoexamen de seno. Dentro de este grupo, a todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales y que no han sido hysterectomizadas se les pregunta 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 pregunta sobre la práctica de la mamografía, razón para hacérsela y resultado. Las informantes son cada una de las mujeres elegibles y, en el caso particular de población indígena se utiliza traductor previa aprobación de la mujer elegible.

- **Hombres de 50 a 69 años:** a todos los hombres de 18 a 59 años residentes habituales de los hogares se les pregunta sobre el conocimiento y práctica del tacto rectal y sobre la práctica del examen de antígeno prostático. Los informantes son cada uno de los hombres elegibles y, en el caso particular de población indígena se utiliza traductor previa aprobación del hombre elegible.

#### **3.5.3.2.3. Tamaño de la población objetivo**

De acuerdo con las proyecciones de vivienda y población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el 2015 en el país habrá 12.579.220 viviendas en las que residirán 13.584.950 hogares. De acuerdo con la misma fuente, en 2015 el país contará con 48.202.617 personas, de las cuales 4.321.637 son menores de 5 años; 10.358.427 tienen entre 13 y 24 años; 15.677.029 son hombres entre 13 y 59 años; 13.470.762 son mujeres entre 13 y 49 años y 15.544.372 son mujeres entre 18 y 69 años. En el cuadro continuación se presenta para cada uno de los departamentos del país y para Bogotá, el número de personas en los grupos de edad de interés de la encuesta de acuerdo con las proyecciones del DANE para el año 2015.

Colombia 2015. Número de personas por grupos análisis según departamento. ENDS 2015*							
Región	Departamento	Total de población	Hombres y mujeres 0 - 4 años	Hombres y mujeres 13-24 años	Hombres 13-59	Mujeres 13-49	Mujeres 18-69
<b>Caribe</b>	La Guajira	957.814	127.492	218.419	284.911	263.457	267.956
	Cesar	1.028.880	110.436	245.710	325.077	288.160	305.189
	Magdalena	1.259.667	138.629	296.550	394.173	331.354	354.309
	Atlántico	2.461.001	214.753	516.619	813.062	696.725	801.717
	Bolívar	2.097.086	206.459	477.106	677.562	575.173	636.080
	San Andrés	76.442	6.407	15.882	26.010	20.690	25.535
	Córdoba	1.709.603	181.803	395.745	544.182	469.676	509.333
	Sucre	851.526	84.358	199.518	276.071	230.223	252.209
<b>Oriental</b>	Norte de Santander	1.355.723	126.509	311.985	438.675	379.062	422.361
	Santander	2.061.095	166.053	431.827	685.019	574.507	679.682
	Boyacá	1.276.367	108.660	265.216	406.966	329.134	387.621
	Cundinamarca	2.680.041	241.984	579.414	876.913	741.420	845.995
	Meta	961.292	93.910	210.070	314.346	273.704	300.895
<b>Bogotá</b>	Bogotá, D.C.	7.878.783	603.230	1.557.676	2.622.493	2.306.505	2.785.074
<b>Central</b>	Antioquia	6.456.207	531.346	1.340.364	2.122.474	1.829.696	2.187.198
	Caldas	988.003	79.398	197.503	313.575	263.396	327.831
	Risaralda	951.945	76.010	193.751	305.554	260.868	321.480
	Quindío	565.266	45.978	115.235	181.134	151.647	188.391
	Tolima	1.408.274	127.211	306.616	444.170	365.113	433.048
	Huila	1.154.804	114.160	267.885	374.121	318.212	350.047
	Caquetá	477.619	54.206	115.095	149.742	131.967	137.220
<b>Pacífica</b>	Valle Del Cauca	4.613.377	363.944	942.786	1.510.386	1.319.754	1.588.544
	Cauca	1.379.070	133.232	317.285	454.376	374.478	412.556
	Nariño	1.744.275	164.424	383.739	569.931	485.850	531.441
	Chocó	500.076	65.738	130.441	150.436	132.593	131.565
<b>Orinoquía y Amazonía</b>	Arauca	262.315	33.274	63.303	79.068	68.748	70.078
	Casanare	356.438	36.396	85.364	119.215	101.928	106.322
	Guainía	41.482	5.228	11.535	13.273	11.226	10.726
	Vichada	71.974	10.043	18.681	21.361	18.419	18.140
	Amazonas	76.243	10.429	20.188	23.565	20.914	20.062
	Putumayo	345.204	39.540	87.363	110.592	96.757	96.586
	Guaviare	111.060	14.404	28.330	35.539	28.207	27.951
	Vaupés	43.665	5.993	11.226	13.057	11.199	11.230
<b>Total país</b>		<b>48.202.617</b>	<b>4.321.637</b>	<b>10.358.427</b>	<b>15.677.029</b>	<b>13.470.762</b>	<b>15.544.372</b>

#### 3.5.3.2.4. Determinación del tamaño de la muestra para la ENDS 2015

Siguiendo los lineamientos generales del Sistema Nacional de Encuestas de Salud, para la determinación del tamaño de muestra se tuvo en cuenta que la ENDS 2015 es una encuesta que mide múltiples indicadores y que debe permitir con el menor costo posible, alcanzar altos niveles de precisión en la estimación de indicadores para diferentes grupos poblacionales así como el análisis de cambios en indicadores relevantes de la salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres a nivel departamental. La teoría del muestreo de poblaciones recomienda en estos casos partir de un indicador de baja prevalencia en el grupo de menor peso poblacional (indicador trazador) garantizando así que la precisión de las estimaciones para indicadores de mayor prevalencia resulte mejor.

Para establecer el indicador trazador de la muestra para la ENDS 2015 se volvió a la definición de salud reproductiva como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción"<sup>58</sup>, en cuyo contexto la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es una meta fundamental hacia la cual orientar políticas públicas en salud.

El indicador que permite identificar mujeres, familias o poblaciones con mayor probabilidad de sufrir daño durante el proceso de reproducción se llama índice de riesgo reproductivo; de acuerdo con las etapas del proceso, antes de la concepción se le denomina riesgo preconcepcional; durante la gestación y el parto, riesgo obstétrico; y, desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del neonato, riesgo perinatal<sup>59</sup>.

Este índice permite clasificar a las mujeres en edad fértil no gestantes de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en su salud, la del feto, o la del recién nacido. Cuando las mujeres tienen alto riesgo preconcepcional es posible que también presenten mayor riesgo obstétrico y perinatal por lo que es prioritario actuar en el periodo preconcepcional identificando a aquellas mujeres con alto riesgo para brindarles atención de mayor complejidad de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos<sup>60</sup>.

El indicador de riesgo reproductivo contemplado en la ENDS 2015 considera tres factores de riesgo preconcepcional desde el punto de vista del grupo de mujeres cuyos hijos se encuentran en categorías de alto riesgo de mortalidad en el futuro:

- Edad cuando la madre tiene menos de 18 años o tiene más de 34 años al momento del nacimiento
- Intervalo intergenésico menos de 24 meses
- Paridad. El orden de nacimiento es mayor de 3.

Dicho indicador se expresa como el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años unidas en el momento de la encuesta que está en alguna categoría de riesgo de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad.

Se estableció entonces, como requisito mínimo para la determinación del tamaño de la muestra, la identificación de diferencias estadísticamente significativas de 5 puntos porcentuales (0,05) o más en el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años unidas en el momento de la encuesta que está en alguna categoría de riesgo de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad medido entre los tiempos  $t_1$  y  $t_2$  con un nivel de confianza del 95 por ciento con una precisión no inferior al 20 por ciento.

De acuerdo con los resultados de la ENDS este porcentaje alcanzó en 2010 el 37.9 por ciento. Se exploró para cada departamento el comportamiento del indicador y se encontró que una submuestra de la Muestra Maestra de Salud con 5.000 segmentos compactos con un tamaño promedio de 12

---

<sup>58</sup> OPS.(1996). Salud Reproductiva: concepto e importancia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 39. Washington D.C. 1997.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3140/Salud%20reproductiva%20concepto%20e%20importancia.pdf?sequence=1>

<sup>59</sup> Ibidem OPS 1997.

<sup>60</sup> Ibidem OPS 1997.

hogares es suficiente para garantizar un error relativo no superior al 15 por ciento en la estimación de cambios de 3 o más puntos porcentuales, siendo el tamaño mínimo requerido por departamento 144 segmentos.

El tamaño de la submuestra permite una adecuada precisión para la presentación de los resultados por zona, región, subregión, 32 departamentos y Bogotá.

Para establecer el alcance de la submuestra que se utilizará en la ENDS 015 se utilizaron las fórmulas de muestreo utilizadas para la determinación de la Muestra Maestra de Salud, que se concentran en evaluar el error estándar esperado para evaluar diferencias significativas el cambio de un indicador para el diseño de conglomerados expuestas por Leslie Kish<sup>61</sup> en las cuales el tamaño, para evaluar cambios en proporciones viene dado por la siguiente ecuación:

$$n = \frac{N(p_1q_1 + p_2q_2)deff}{N(ES_{p_1-p_2})^2 + (p_1q_1 + p_2q_2)deff}$$

En donde,

$N$  = Tamaño del grupo o subgrupo poblacional para el cual se desea estimar una proporción en el nivel mínimo de desagregación (en cada departamento, el número de mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas).

$p_1$  = Proporción mínima esperada del indicador en la primera medición

$p_2$  = Proporción mínima esperada del indicador en la segunda medición ( $p_1 - 0,03$ )

$q_1$  =  $1 - p_1$

$q_2$  =  $1 - p_2$

$$deff = \frac{\text{Varianza del diseño de conglomerados}}{\text{Varianza de un muestreo aleatorio simple}}$$

$ES_{p_1-p_2}$  = Error Estándar Relativo de la diferencia. Nivel de precisión deseado para la investigación (20 por ciento para la evaluación de cambios en el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años unidas en el momento de la encuesta que está en alguna categoría de riesgo de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad ). En una muestra de conglomerados desiguales se calcula:

$$ES_{p_1-p_2} = \sqrt{\left(1 - \frac{n}{N}\right) \frac{(p_1q_1 - p_2q_2)deff}{n}}$$

<sup>61</sup> Leslie Kish. Survey Sampling. John Wiley & Sons, Inc., USA, 1963.

### 3.5.3.2.5. Cálculo de precisión de resultados

La formulación matemática para el cálculo del error estándar de estimaciones puntuales se hace en función del tipo de muestra y en este caso siguen los lineamientos de la Muestra Maestra de Salud. Como es tradicionalmente en las ENDS, la ENDS 2015 entregará los límites de confianza entre los cuales se pueden encontrar los verdaderos valores de indicadores clave de la encuesta con un 95 por ciento de confianza.

#### a) Estimadores de Razón

Por tratarse de un diseño de conglomerados desiguales, el tamaño de la muestra tiene el carácter de variable aleatoria. En consecuencia, las proporciones y promedios estimados a partir de la muestra surgen del cociente o razón ( $r$ ) de dos variables aleatorias.

$$r = \frac{y}{x}$$

Donde  $y$  y  $x$  son agregaciones ponderadas sobre cada uno de los dominios de estudio. En una muestra compuesta por  $H$  estratos, en el estrato  $h$ ,  $m_h$  conglomerados han sido muestreados (para  $h$  de 1 hasta  $H$ ) y cada conglomerado contiene un número de individuos seleccionados dentro de la muestra. Para cada conglomerado  $i$  en el estrato  $h$  tenemos

$y_{hij}$  = El valor de la variable  $y$  para el individuo  $j$  en el conglomerado  $i$  en el estrato  $h$

donde

$$y_{hi} = \sum_{j=1}^{w_{hi}} w_{hij} \times y_{hij}$$

y

$w_{hij}$  son los pesos muestrales de los individuos

y

$m_{hi}$  es el número de individuos en el conglomerado  $i$

Se tiene que

$y_h$  la suma de los valores en el estrato  $h$

es decir

$$y_h = \sum_{i=1}^{m_h} y_{hi}$$

y

$y$  = la suma sobre toda la muestra o un dominio del estudio, es decir,

$$y = \sum_{h=1}^H y_h$$

Y se definen términos similares para la variable  $x$ .

$$Var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \frac{m_h}{m_h - 1} \left( \sum_{i=1}^{m_h} \left( z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right)$$

Donde  $f$  es la fracción de muestreo sobre toda la muestra, generalmente despreciable, y

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi}$$

y

$$z_h = \sum_{i=1}^{m_h} z_{hi} = y_h - rx_h$$

Cuando  $x$  e  $y$  son variables sustantivas la estadística  $r$  se llama una “razón verdadera”. Si  $y$  es el número de hijos nacidos vivos y  $x$  el número de hijos e hijas nacidos vivos, entonces  $r$  es el porcentaje de hijos nacidos vivos.

Estas fórmulas aplican para la estimación de medias, proporciones y porcentajes, que pueden considerarse casos especiales de ‘razones verdaderas’. Cuando el denominador  $x$  es una variable que cuenta casos ( $x_{hi}$  calculada como la suma de los pesos  $w$  de todas las unidades dentro del conglomerado), la  $r$  estimada puede llamarse una razón media y en el caso especial en el que  $x$  es una variable que cuenta casos y  $x_{hi}$  es una constante,  $r$  es una ‘media ordinaria’.

Cuando se usan estimadores de razón, las proporciones son tratadas en la misma forma que los promedios, definiendo el numerador como una variable dicotómica:

$$y_{hij} = 1 \text{ para cada caso que aplica en el numerador y en el denominador}$$

y

$$y_{hij} = 0 \text{ para cada caso que solo será contado en el denominador}$$

Resumiendo, como se mencionó anteriormente, por tratarse de un diseño de conglomerados desiguales, las proporciones y promedios estimados en la ENDS 2015 a partir de la muestra surgen del cociente o razón ( $r$ ) de dos variables aleatorias:

$$r = \frac{y}{x} = \frac{\sum_{h=1}^H \sum_{\alpha=1}^{a_h} \sum_{\beta=1}^{b_{h\alpha}} \sum_{j=1}^{x_{h\alpha\beta}} y_{h\alpha\beta j} \cdot W_{h\alpha\beta j}}{\sum_h \sum_{\alpha} \sum_{\beta} \sum_j x_{h\alpha\beta j} \cdot W_{h\alpha\beta j}}$$

## b) Estimadores de Razón para Variables Continuas

$$y_{h\alpha\beta} = \sum_{j=1}^{x_{h\alpha\beta}} y_{h\alpha\beta j}$$

$y_{h\alpha\beta j}$  = El valor de la variable continua “ y ” en la  $j$  - estima persona u hogar de segmento “  $\beta$  ”, del grupo “  $\alpha$  “, del departamento “h”.

$j = 1, 2, \dots, x_{h\alpha\beta}$ , es cada una de las personas u hogares de la muestra, en el segmento “  $\beta$  ”, del grupo “  $\alpha$  “, del departamento “h”.

$x_{h\alpha\beta}$  = Total de personas en el segmento “  $\beta$  ”, del grupo “  $\alpha$  “, del departamento “h”.

$\beta = 1, 2, 3, \dots, b_{h\alpha}$ , es cada uno de los segmentos de la muestra, en el grupo “  $\alpha$  “, del departamento “h”.

$b_{h\alpha}$  = Total de segmentos en el grupo “  $\alpha$  “, del departamento “h”.

$a_h$  = Total de grupos de segmentos en el departamento “ h ”

$h = 1, 2, \dots, H$ , es cada uno de los departamentos.

$H$  = Total de los departamentos.

$W_{h\alpha\beta j}$  = Ponderación por diferente probabilidad, ajustada por no respuesta, en la persona u hogar “  $j$  “, segmento “  $\beta$  ”, del grupo “  $\alpha$  “, del departamento “h”.

**c) Estimadores para Variables Discontinuas cualitativas**

$$y_{h\alpha\beta} = \sum_{j=1}^{x_{h\alpha\beta}} y_{h\alpha\beta, j=1}$$

$y_{h\alpha\beta, j=1}$  = es cada persona que tiene la característica de interés. Se cuenta como 1

$y_{h\alpha\beta}$  = Total de personas que tienen la característica de interés en el segmento “ $\beta$ ”, del grupo “ $\alpha$ ”, del departamento “ $h$ ”.

**d) Varianza de Azar del Estimador: el Error Estándar**

$$\text{var}(r) = \frac{1}{\left[ \sum_h \sum_\alpha \sum_\beta \sum_j x_{h\alpha\beta} \cdot w_{h\alpha\beta} \right]^2} \left[ \sum_h \text{var}(y_h) + r^2 \sum_h \text{var}(x_h) - 2r \sum_h \text{cov}(y_h, x_h) \right]$$

En donde,

$$\text{var}(y_h) = \frac{1}{a_h - 1} \left[ a_h \sum_{\alpha=1}^{a_h} \sum_{\beta=1}^{b_{h\alpha}} \sum_{j=1}^{x_{h\alpha\beta}} (y_{h\alpha\beta} \cdot w_{h\alpha\beta})^2 - \left( \sum_{\alpha} \sum_{\beta} \sum_j y_{h\alpha\beta} \cdot w_{h\alpha\beta} \right)^2 \right]$$

$$\text{var}(x_h) = \frac{1}{a_h - 1} \left[ a_h \sum_{\alpha} \sum_{\beta} \sum_j (x_{h\alpha\beta} \cdot w_{h\alpha\beta})^2 - \left( \sum_{\alpha} \sum_{\beta} \sum_j x_{h\alpha\beta} \cdot w_{h\alpha\beta} \right)^2 \right]$$

$$\text{cov}(y_h, x_h) = \frac{1}{a_h - 1} \left[ a_h \sum_{\alpha=1}^{a_h} \sum_{\beta=1}^{b_{h\alpha}} \sum_{j=1}^{x_{h\alpha\beta}} (y_{h\alpha\beta} \cdot x_{h\alpha\beta} \cdot w_{h\alpha\beta}) - \left( \sum_{\alpha} \sum_{\beta} \sum_j y_{h\alpha\beta} \cdot x_{h\alpha\beta} \cdot w_{h\alpha\beta} \right) \right]$$

El factor de corrección para poblaciones finitas es muy cercano al valor 1, por lo cual se eliminó de las fórmulas.

Error Estándar del Estimador:

$$es(r) = \sqrt{\text{var}(r)}$$

Límites de Confianza del Estimador:

$$r - Z * es(r) \leq R \leq r + Z * es(r)$$

En donde R es el valor del universo de estudio

Z es 1.96 para 95 por ciento de confianza

Z es 1.64 para 90 por ciento de confianza

Z es 1.44 para 85 por ciento de confianza

Error Estándar Relativo, en Porcentaje:

$$es\ rel (r) = [es(r) / r] x 100$$

#### **3.5.3.2.6. Estrategias para situaciones no consideradas en el plan de muestreo y que afecten las estimaciones**

En cualquier operación estadística las encuestadoras pueden cometer errores durante la entrevista que afectan la calidad de la información y que son detectados por la persona encargada de hacer la revisión de los cuestionarios en terreno, pero, eventualmente estos errores pueden no ser detectados en esta etapa. Los programas de entrada de datos contribuyen a identificar errores e inconsistencias de la información en encuestas ya aplicadas, pero en algunos casos estos errores no pueden ser subsanados porque ya no se tiene acceso a la persona entrevistada y representan pérdida de información. Durante el proceso de grabación de las encuestas también es posible que se produzcan errores en la digitación que las aplicaciones no detecten y que se pueden corregir con una segunda etapa de grabación llamada verificación en la cual se identifican diferencias entre la primera y la segunda grabación y se contrastan contra el cuestionario. Cuando no se desarrolla esta etapa de verificación, los investigadores deben hacer análisis exploratorios (depuración) de la información a partir de frecuencias simples o cruces básicos entre preguntas para verificar la consistencia de los datos y hacer las correcciones pertinentes buscando la información en los cuestionarios antes de poder realizar sus análisis. En las dos situaciones, si no está prevista, la reducción de los errores puede representar demoras y/o incrementos importantes en el cronograma y presupuesto asignados a esta operación.

Al igual que en las ENDS anteriores, en el diseño y ejecución de la ENDS 2015 se busca reducir este tipo de errores **no** muestrales. Para garantizar los altos estándares de calidad requeridos, se establecen estrategias eficientes que minimizan los posibles errores y demoras en la aplicación de los instrumentos, en la grabación de la información y en la consolidación de bases de datos depuradas.

Este esfuerzo se resume en diseñar, seleccionar e identificar la muestra en un operativo previo al trabajo de campo y, en recolectar la información en terreno a través del sistema Sistema Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI). El sistema CAPI contribuye a optimizar el tiempo de duración de las encuestas así como la calidad de la información, pues a través de controles interactivos permite identificar y reportar errores en el momento mismo de la aplicación de la encuesta que son corregidos en terreno. De igual manera, reduce el tiempo requerido para la consolidación de las bases de datos depuradas, optimizando el tiempo de análisis y la entrega de resultados.

De otra parte, como corresponde a un muestreo probabilístico de poblaciones, las pérdidas de muestra no tienen remplazo por lo que la ENDS 2015 está sujeta a que la no cobertura de algunas de las unidades de muestreo seleccionadas produzcan sesgos en la estimación cuando las tasas de no respuesta varíen entre los distintos subgrupos de la población y cuando los indicadores de estudio también difieran entre estos grupos. Minimizar los sesgos en las estimaciones que estas pérdidas pueden ocasionar se logra mediante un factor de ajuste por cobertura, aplicado a nivel del conglomerado mínimo de la muestra, bajo el supuesto de que a este nivel, las unidades encuestadas son, en promedio, similares a las no encuestadas.

### 3.5.3.2.7. Procedimientos de estimación

Los procedimientos seguidos para la estimación insesgada de los valores e indicadores de los universos de estudio corresponden a los del muestreo de poblaciones. Son fuentes de sesgo propias del diseño muestral las probabilidades variables de selección de las unidades últimas de observación (hogares, personas), la cobertura incompleta de la muestra seleccionada y las imperfecciones del marco de muestreo utilizado en la selección de las muestras.

Para controlar el efecto negativo de las diferentes probabilidades de selección los valores muestrales son ponderados por el recíproco de la probabilidad final de selección, la cual a su vez es el producto de las probabilidades parciales de cada una de las etapas del proceso de selección de la muestra.

Los sesgos por no cobertura de algunas unidades de muestreo se minimizan incorporando un factor de ajuste al nivel del conglomerado mínimo de la muestra, cuando existe evidencia de que a ese nivel las unidades encuestadas son, en promedio, similares a las no encuestadas.

Adicionalmente, en la ENDS 2015, el factor básico de expansión, ajustado por no respuesta se convierte en una ponderación alrededor de la unidad, dividiendo dichos factores por el factor de expansión promedio, con el fin de dar los resultados absolutos en términos del tamaño de muestra.

#### a) Factores de Expansión

$F_1$  = Factor Básico de Expansión que viene dado por la Muestra Maestra:

$$f_1 = \text{recíproco de probabilidad final} = \frac{1}{P_f}$$

$F_2$  = 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

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

Si los hogares encuestados eran menos del 50 por ciento, el factor se calculó para grupos de segmentos dentro del mismo sector censal y de la misma zona.

F<sub>2.3</sub> = De personas en segmentos encuestados

F<sub>2.3.1</sub>= De Mujeres de 13 a 49 años en los hogares de segmentos encuestados

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

F<sub>2.3.2</sub>= De Hombres de 13 a 59 años en los hogares de segmentos encuestados

$$f_{2.3.2} = \frac{\text{Hombres de 13 a 59 años identificadas en cada segmento}}{\text{Hombres de 13 a 59 años entrevistadas cada segmentos}}$$

f<sub>2.3.3</sub>= De Mujeres de 50 a 69 años en los Hogares de Segmentos Encuestados

$$f_{2.3.4} = \frac{\text{Mujeres de 50 a 69 años identificadas en cada segmento}}{\text{Mujeres de 50 a 69 años entrevistadas cada segmentos}}$$

F<sub>f</sub> = Factor Final de Expansión

$$f_f = f_1 \times f_2$$

F<sub>CP</sub> = Factor Final o Ponderación de Corrección alrededor de la Unidad. Es la misma ponderación  $W_{h\alpha\beta j}$  de la fórmula de errores de muestreo.

$$f_{cp} = \frac{f_f}{\bar{f}_f} = \frac{\text{Factor final de expansión}}{\text{promedio de factores finales de expansión}}$$

La ponderación final calculada con base en el promedio general de los factores finales de expansión de toda la muestra permite el cálculo insesgado de cualquier tipo de indicador relativo o combinado, en todos los niveles de agregación de la muestra: departamental, subregional, regional y nacional.

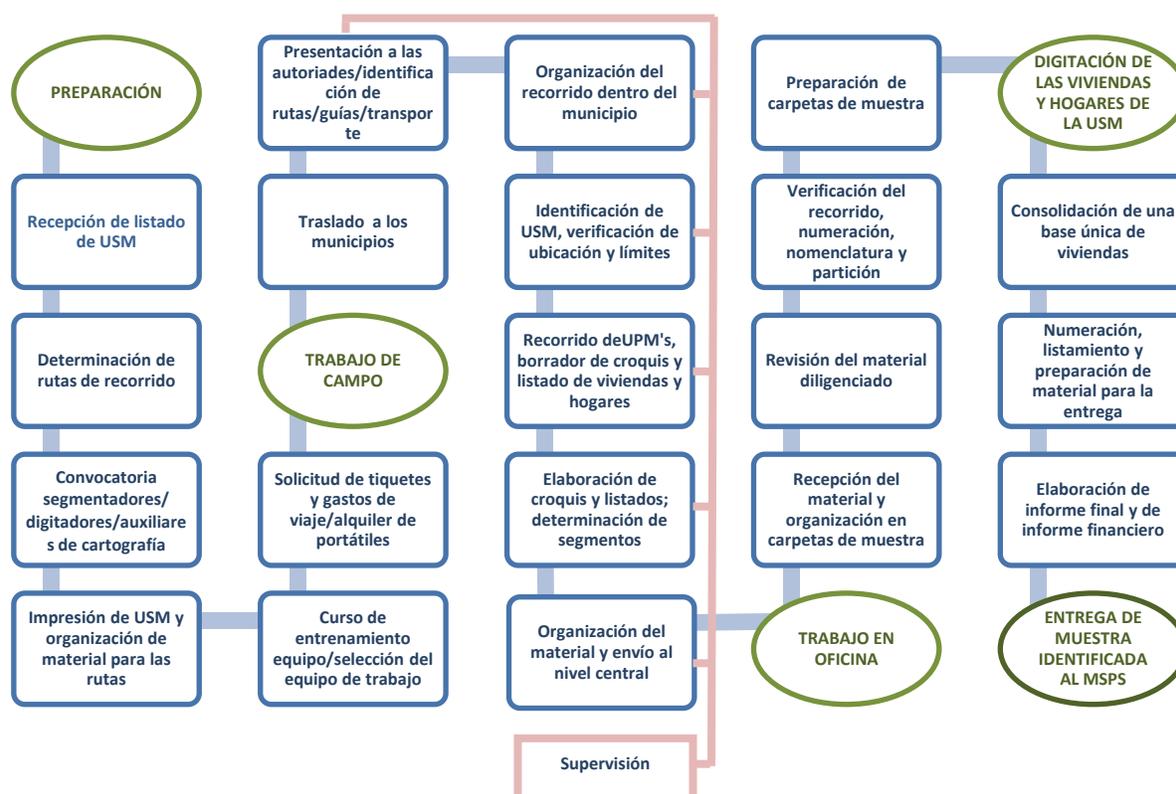
### 3.5.3.3. Identificación de la Muestra Maestra en Salud

El levantamiento de la Muestra Maestra de Salud (MMS) se hará recorriendo 267 municipios del país e identificando las viviendas y segmentos urbanos y rurales existentes en 4.384 áreas de muestreo (USM), de las cuales 156 están ubicadas en las zonas dispersas, 959 en centros poblados y 3.269 en cabeceras municipales. Las actividades específicas que cubre el levantamiento son:

- Entrenamiento del equipo de levantamiento de la Muestra Maestra de Salud
- Trabajo de campo y segmentación
- Preparación de carpetas de muestra
- Digitación de los hogares de la muestra
- Supervisión de las actividades de segmentación

El desarrollo de dichas actividades será coordinado por una estadística con experiencia en muestreo de poblaciones y dirección de trabajo de campo; el equipo de trabajo de campo está conformado por 46 segmentadores/as y 2 auxiliares de cartografía con experiencia en recuento de viviendas y hogares y, 4 digitadores/as expertos/as en grabación de formatos y encuestas, tal y como se muestra en el siguiente flujograma:

**FLUJOGRAMA DEL LEVANTAMIENTO DE LA MMS**



#### **3.5.3.3.1. Entrenamiento y estandarización del equipo**

Todo el equipo participará en un entrenamiento de una semana en el que recibirá información sobre los conceptos propios del muestreo probabilístico de poblaciones, uso de cartografía, recorrido de áreas, elaboración de croquis, segmentación y selección probabilística y listado de edificaciones, viviendas y hogares.

#### **3.5.3.3.2. Trabajo de campo de la segmentación**

Cada segmentador/a tendrá asignada una ruta de recolección que describe el orden de los municipios, el número de áreas urbanas y rurales y el tiempo previsto para la actividad. En promedio, el trabajo de campo de segmentación tendrá una duración de 80 días. Las funciones específicas de los/as segmentadores/as serán:

- Contactar a las autoridades locales de los municipios e informarles sobre las actividades de levantamiento;
- Identificar los límites de las áreas de muestreo y de los segmentos que contengan;
- Comunicar a la coordinadora del trabajo del levantamiento de la muestra sobre las dificultades encontradas en el campo y seguir sus indicaciones;
- Dibujar en una escala proporcional aproximada el croquis con las edificaciones encontradas en las áreas de muestreo y de los segmentos (con un tamaño promedio 12 viviendas) encontrados;
- Numerar y listar todas las edificaciones, viviendas y hogares encontradas en cada área de muestreo asignada de una manera sistemática;
- Seguir las indicaciones del manual de levantamiento de muestra y segmentación;
- Enviar semanalmente el material diligenciado y reportar el rendimiento

#### **3.5.3.3.3. Preparación de las carpetas de muestra**

El equipo de campo contará con el apoyo de dos auxiliares cartográficos quienes tendrán a su cargo la recepción, revisión y organización de las carpetas de muestra a ser entregadas, una para cada municipio de la muestra, en total 267 para todo el país. En el proceso de revisión los auxiliares de cartografía verificarán:

- Ordenamiento de los segmentos en la carpeta de muestra
- Segmentos completos o certificaciones sobre la causa de no realización
- Formatos completos por segmento: mapa cartográfico, croquis y listado

Para cada croquis y listado:

- Identificación del área geográfica: departamento, municipio, zona, número de área de muestreo;
- Observaciones sobre el acceso;
- Observaciones sobre dificultades de acceso a las viviendas;
- Datos sobre el/la segmentador(a) y la fecha de segmentación.
- Manejo de la escala;
- Identificación y verificación de límites del área;
- Demarcación de los límites de segmento en el croquis y en el listado cuando es necesario;
- Elaboración de listado de edificaciones, viviendas y hogares;

- Transcripción correcta de la identificación geográfica de las áreas de muestreo;
- Transcripción correcta de la nomenclatura al listado y al croquis;
- Marcación del número de viviendas en cada edificación.

Para cada partición del listado:

- Punto de partida igual en el croquis y el listado
- Particiones continuas sin truncar edificaciones
- Particiones continuas sin truncar viviendas
- Particiones continuas sin cruzar límites geográficos relevantes
- Numeración de las particiones

#### **3.5.3.3.4. Digitación de los hogares de la muestra**

Para la digitación de la información de las viviendas seleccionadas se utilizará la última versión del programa CsPro, que verifica los rangos de las variables, detecta inconsistencias, controla el flujo interno de los datos y, finalmente, permite convertir los archivos en archivos planos para ser trabajados con otros paquetes estadísticos como EXCEL, SAS, SPSS y STATA. El proceso de digitación se adelantará en forma simultánea al levantamiento y segmentación de la muestra en campo para minimizar rezagos en la entrega de la información.

La aplicación desarrollada permite digitar toda la información relacionada con la identificación de la muestra: departamento, municipio, zona, área de muestreo USM, número de orden de cada partición dentro del área de muestreo, identificación del hogar, dirección y, si está disponible, nombre del jefe del hogar. En este proceso los digitadores estarán encargados de:

- Verificar que las carpetas de muestra de cada municipio estén ordenadas y completas
- Verificar la secuencia de la numeración de las edificaciones y viviendas en cada área de muestreo
- Verificar el número de edificaciones y viviendas de cada área de muestreo
- Reportar a las Auxiliares de Cartografía de los errores detectados
- Transcribir la identificación geográfica de las áreas de muestreo
- Transcribir en forma correcta y estandarizada la nomenclatura del listado de viviendas
- Preparar las copias de seguridad de los archivos grabados
- Entregar en forma ordenadamente las carpetas de muestra digitadas a las Auxiliares de cartografía

#### **3.5.3.3.5. Supervisión**

Para verificar que la información obtenida cumple con los estándares previstos, durante el trabajo de campo se hará supervisión de las actividades de segmentación. Esta tarea estará a cargo de la coordinadora del trabajo de campo de la segmentación y de 3 funcionarios de Profamilia expertos en trabajo de campo, encuestas por muestreo y elaboración de carpetas de muestra para encuestas poblacionales.

El equipo de supervisión verificará el desempeño de los/as segmentadores/as en campo, específicamente:

- Presentación ante las autoridades del municipio;
- Ruta de recorrido eficiente a las áreas de muestreo;
- Rutas y modos de transporte al segmento;

La ubicación de el/la segmentador/a en el área seleccionada:

- Ubicación del punto de inicio de recorrido del área urbano (calle mayor carrera mayor);
- Ubicación del punto de inicio de recorrido del área rural (punto de acceso al área);
- En áreas extensas, documentación de los procesos de selección del área trabajada;
- Recorrido a la derecha en áreas urbanas y lógico en las áreas rurales;
- Identificación de callejones, sótanos y otras formas de acceso no identificables fácilmente;
- Identificación de puntos de referencias relevantes y suficientes.

Con relación a la forma en que el/la segmentador/a presenta los objetivos de la encuesta y del recuento de viviendas:

- Identificación de las viviendas en cada edificación;
- Identificación de los hogares en cada vivienda;
- Elaboración del croquis simultánea al recorrido.

Con relación a la forma en que el/la segmentador/a hace el croquis del área y lista los hogares dentro del área de muestreo:

- Manejo de la escala;
- Identificación y verificación de límites del área;
- Demarcación de los límites de segmento en el croquis y en el listado cuando es necesario;
- Elaboración de listado de edificaciones, viviendas y hogares;
- Transcripción correcta de la nomenclatura al listado y al croquis;
- Transcripción correcta de la identificación geográfica de las áreas de muestreo;
- Marcación del número de viviendas en cada edificación;
- Listado y croquis general del área y del segmento seleccionado.

#### **3.5.4. Trabajo de campo**

El trabajo de campo es el conjunto de acciones encaminadas a obtener en forma directa datos de las fuentes primarias de información, es decir, de las personas en un tiempo y lugar. Como ya se mencionó, la periodicidad de la recolección de la información de las ENDS es de cinco años, y su representatividad alcanza el nivel departamental, así como para las cuatro ciudades principales. Para la recolección de la información es preciso adelantar los siguientes tres etapas:

##### **3.5.4.1. Proceso de capacitación**

El objetivo del proceso de capacitación del equipo a cargo del levantamiento de la información es estandarizar los procedimientos para: a) la aprehensión de los conceptos básicos sobre encuestas poblacionales, demografía y salud sexual y reproductiva; b) el fortalecimiento de las técnicas de

entrevista; c) el diligenciamiento de las encuestas (hogar, individual mujer e individual hombres); d) el manejo del sistema de captura de la información; y e) el diligenciamiento de los formatos del sistema de control de calidad de los datos y de cobertura.

La capacitación del personal de campo se realizará aproximadamente durante 45 días. Dicha capacitación tendrá ocho módulos:

- Aspectos institucionales y administrativos: Presentaciones institucionales y aclaración de aspectos administrativos a tener en cuenta a lo largo del trabajo de campo, con énfasis en el manejo de los gastos de viaje, soportes y rendición de gastos de viaje.
- Encuestas poblacionales: presentación del Sistema Nacional De Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS-.
- Conceptos básicos: capacitación en los conceptos básicos de los módulos constitutivos de la ENDS 2015.
- Técnicas de entrevista: capacitación en técnicas de entrevista para el manejo de los cuestionarios de hogar, individual mujer, individual hombre y prevención de cáncer (cérvix, mama, testículo, próstata). Se hará énfasis en el manejo de los grupos de edad, los saltos y consistencias (estado conyugal y escolaridad), para ello las encuestadoras/es y supervisoras se apoyaran en los manuales y formatos de control de los datos. Los instrumentos de investigación, manuales y formatos de supervisión y de control de la calidad de los datos serán:

### **Instrumentos**

- Cuestionario de hogar
- Cuestionario individual aplicado a las mujeres en edad fértil (13 a 49 años)
- Cuestionario para hombres (13 a 59 años)
- Cuestionario sobre prevención de cáncer para mujeres de (50 a 69 años)
- Cuestionario sobre prevención de cáncer para hombres (60 a 69 años)

### **Manuales**

- Manual de supervisión: El manual de la supervisora tiene como objeto proveer toda la información necesaria para que cada una de las personas realice su labor y se logren los objetivos del trabajo de acuerdo con las instrucciones dadas y las normas establecidas.

- Manual de la encuestadora: Basado en los cuestionarios se realizará el manual de la encuestador/a, el cual será el soporte conceptual y metodológico de las variables a investigar. En la elaboración del manual participarán los diferentes investigadores expertos que harán el posterior análisis de la información. El manual servirá como base para el curso de capacitación.

### **Formatos de supervisión y de control de la calidad de los datos**

- Control diario de ejecución por segmento
- Productividad diaria por encuestadora
- Resultado por segmentos
- Control de ejecución de segmentos por municipio
- Indicadores de producción y cobertura por segmento terminado
- Programación de revisitas

## Componente temático de la ENDS 2015<sup>62</sup>:

- **Componente demográfico:**
  - Cambios demográficos. Ciro Martínez
  - Características de los hogares y de la población. Ciro Martínez
  - Características de las mujeres y de los hombres. Ciro Martínez
  - Migración internacional e interna. Ciro Martínez
  - Mortalidad adulta, infantil y materna. Isabel Cristina Ruíz
  
- **Componente de salud sexual y salud reproductiva**
  - Fecundidad. Carmen Elisa Flórez
  - Anticoncepción. Catalina González
  - Educación para la sexualidad. Elvia Vargas
  - Nupcialidad. Carmen Elisa Flórez
  - Preferencias en anticoncepción y demanda insatisfecha. Catalina González
  - Salud materna. Catalina González
  - Aborto e Interrupción Voluntaria del Embarazo. José Luis Wilches
  - ITS y VIH/Sida. María Cecilia Zea
  - Detección temprana de cáncer. Carolina Weisner
  - Violencia de género. Claudia Gómez
  - Roles de género. Nadia López
  - Derechos de la población LGBT. Elizabeth Castillo

### **Sistema de captura de la información**

- Manejo del sistema de captura de la información: si bien al equipo se le capacita en el manejo de los formularios impresos, en caso de que tengan que hacer encuestas en zonas sin servicio eléctrico; hay un fuerte componente de la capacitación en el manejo del sistema de captura de la información, el cual permite consignar la información de manera más efectiva y controlada ya que advierte errores de digitación, sobre rangos de edad, e inconsistencias en la información. También se capacita en la transmisión de la información entre el equipo y su respectiva supervisora, así como de las supervisoras de campo y la oficina central. Cabe anotar que las supervisoras/es tendrán un entrenamiento exclusivo del módulo de supervisión.

Para esta sesión de la capacitación se contará con el apoyo de ICF Internacional, entidad especializada en el desarrollo e implementación de las Encuestas de Demografía y Salud a nivel mundial<sup>63</sup>.

### **Habilidades comunicacionales**

- Con el fin de que el equipo de trabajo de campo tenga una comunicación mucho más asertiva con las personas a encuestar, los líderes y autoridades a contactar en las regiones

---

<sup>62</sup> El componente temático de la capacitación se hará con el apoyo del equipo de expertos/as temáticos se capacitará en los contenidos de cada uno de los capítulos de la encuesta

<sup>63</sup> Para mayor información ver: <http://www.icfi.com/about/our-mission-and-vision>

para de efectivo desarrollo de la encuesta, así como entre los mismos equipos, el área de comunicaciones de Profamilia dictará un módulo sobre habilidades en comunicación.

#### **Habilidades para el trabajo en grupo y de liderazgo**

- Debido a que el trabajo de campo dura 9 meses aproximadamente, es importante fortalecer las habilidades en convivencia de los equipos, así como las habilidades de liderazgo de las supervisoras quienes están a cargo tanto de la calidad del trabajo de toso el equipo como de su bienestar. Esta sesión estará a cargo del área de Talento Humano de Profamilia.

La selección del personal se realizará con base en el desempeño de las personas durante todo el curso, y de los resultados de las diferentes evaluaciones. Se evaluarán los conocimientos adquiridos sobre los conceptos básicos en demografía y salud sexual y reproductiva; el manejo de los contenidos temáticos de los capítulos de las encuestas; el manejo de los formularios en papel, así como el sistema de captura de la información. También se tendrán en cuenta aspectos como la experiencia en encuestas poblaciones, la puntualidad, las habilidades en comunicación, y los resultados de las pruebas psicotécnicas que aplicará el área de talento humano.

#### **3.5.4.2. Alistamiento del operativo de campo**

El alistamiento del operativo de campo corresponde de una serie de procesos administrativos, operativos y logísticos para su adecuado desarrollo, a saber:

##### **a) Aspectos operativos**

- Conformación de equipos de trabajo
- Elaboración de rutas aéreas, terrestres y fluviales
- Asignación de rutas a cada equipo de trabajo

##### **b) Aspectos administrativos**

- Elaboración y firma de contratos
- Compra de seguros de vida y seguros computadores
- Solicitud y compra de pasajes según rutas
- Solicitud y consignación de gastos de viaje y transporte

##### **c) Aspectos logísticos**

- Compra de materiales
- Entrega de materiales a cada equipo

#### **3.5.4.3. Levantamiento de la información**

El levantamiento de información o trabajo de campo requiere también requiere del cumplimiento de varias etapas, las cuales se pueden producir de manera paralela, a saber:

##### **a) Recolección de la información**

- Asignación diaria de segmentos a cada encuestadora, por parte de la supervisora<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Las labores de la supervisora serán básicamente las de distribución del trabajo entre las encuestadoras, acompañamiento durante sus recorridos, verificación de 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.

- Realización de entrevistas de hogar con computador por parte de las encuestadoras/es.
- Realización de entrevista individual para mujeres y/o para hombres con computador por parte de las encuestadoras/es.
- Realización de entrevista de prevención de cáncer para mujeres con computador por parte de las encuestadoras/es.
- Realización de entrevista de prevención de cáncer para hombres con computador por parte de las encuestadoras/es.
- Revisión y corrección de inconsistencias inmediatamente terminada la entrevista, antes de salir del hogar.
- Realización de revisitas a los hogares que no pudieron ser encuestados en la primera visita.
- Diligenciamiento del formato de Control Diario de Ejecución por Segmento.
- Diligenciamiento del formato de Revisitas.
- Transmisión del trabajo diario realizado por las encuestadoras a la supervisora.

**b) Calidad de la información y aseguramiento de coberturas**

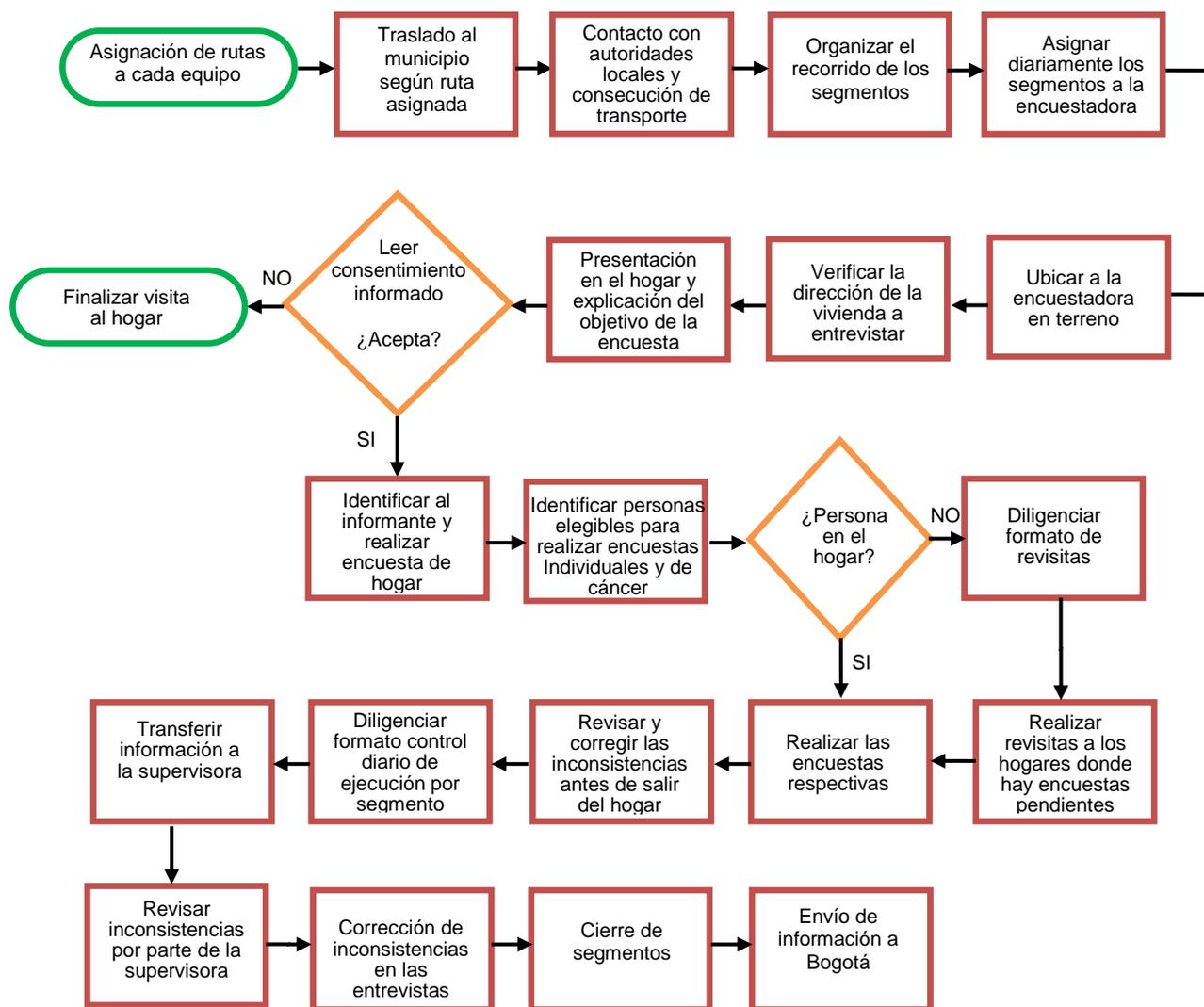
- Revisión de inconsistencias en el trabajo de las encuestadoras por parte de la supervisora.
- Corrección de inconsistencias por parte de las encuestadoras.
- Cierre de segmentos una vez los datos estén libres de inconsistencias.
- Envío de segmentos cerrados a la oficina central (Gerencia de Investigaciones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

**c) Transferencia de la información**

- 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.

El operativo de campo se extenderá por un periodo aproximado de 9 meses y contará con un equipo de 96 personas, el cual estará liderado por una coordinadora de trabajo de campo, quien supervisará el trabajo de los 12 sub-equipos que se propone constituir. Estos estarán conformados por una supervisora, cuatro encuestadoras y dos encuestadores. El equipo de trabajo de campo contará con el apoyo del experto en sistema de captura de la información (CAPI), y de la oficina central

## FLUJOGRAMA DEL TRABAJO DE CAMPO ENDS 2015



### 3.5.5. Procesamiento y análisis de la información

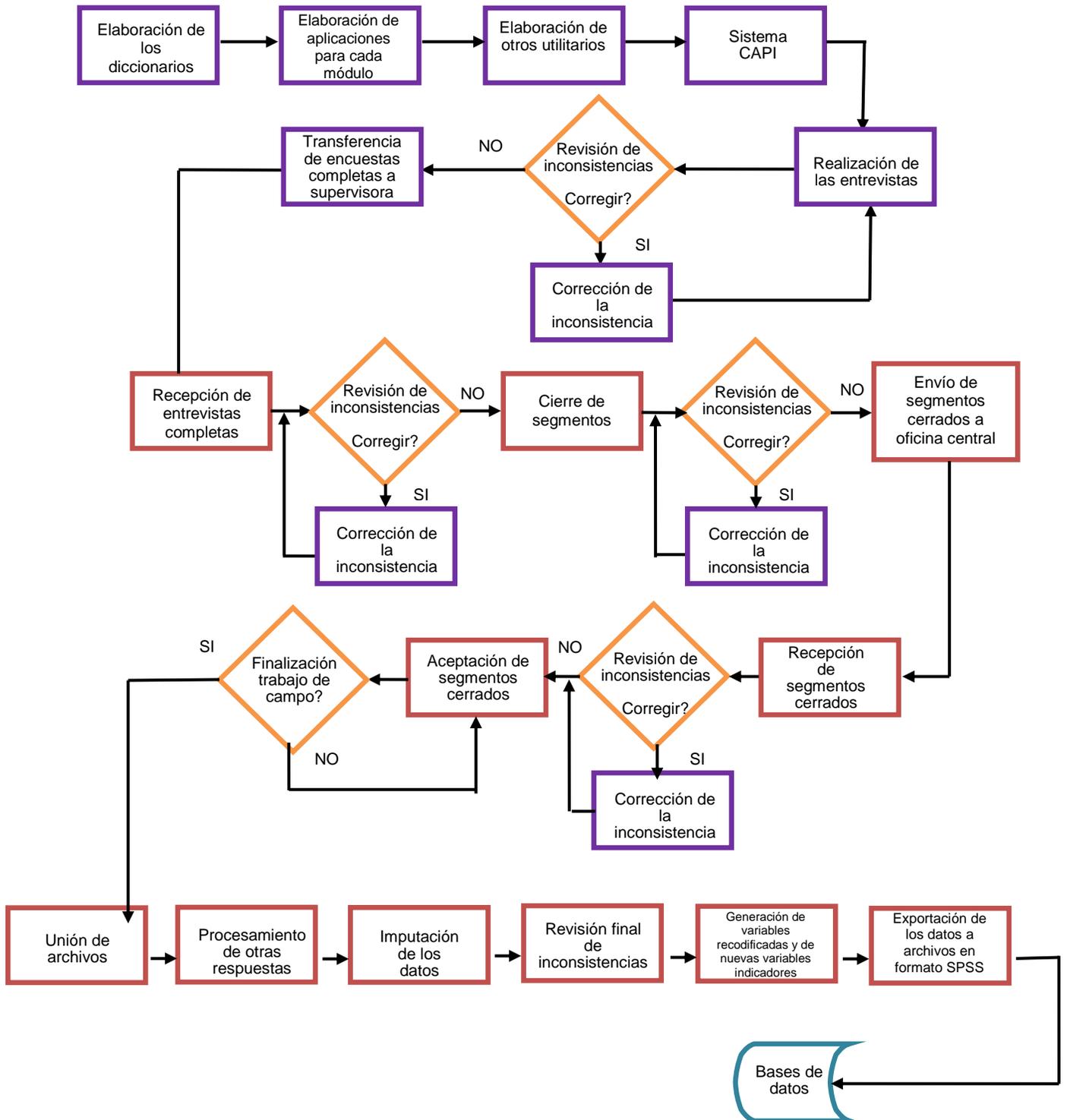
#### 3.5.5.1. Procesamiento de la información

A lo largo del trabajo de campo, a medida que se cierran segmentos, las supervisoras deben enviar la información a la oficina central. Una vez se reciben la información de los segmentos se llevaran a cabo las siguientes actividades:

- Revisión de la estructura y consistencia de los datos de cada segmento
- Unión de los archivos finales una vez se haya finalizado la recolección de los datos
- Procesamiento de “otras respuestas”
- Imputación de los datos
- Revisión final de inconsistencias
- Generación de variables recodificadas y de nuevas variables indicadores

- Exportación de los datos a archivos en formato SPSS (Hogares, Personas de los Hogares, Mujeres en Edad Fértil, Hombres en edad fértil, Prevención de Cáncer), con sus correspondientes llaves de identificación).

### FLUJOGRAMA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE LA ENDS 2015



### **3.5.5.2. Análisis de la información**

El análisis de la información se extiende desde la primera fase de la encuesta. Es así como a través de los planes de análisis elaborados en el marco del Protocolo de Investigación, se han dispuesto los contenidos y el enfoque de cada uno de los capítulos constitutivos de la encuesta, así como el plan de tabulados básicos. El análisis de la información de cada uno de los capítulos debe tener los siguientes elementos básicos:

- Marco conceptual
- Conceptos básicos
- Referencias sobre el marco normativo
- Referencias sobre los rangos de edad
- Identificación de los derechos sexuales y derechos reproductivos sobre los que provee información
- Análisis comparado de los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios de mujeres y hombres en edad reproductiva

Como ya se mencionó para el análisis de la información se contará con un equipo de expertos/as temáticos.

Así mismo, a lo largo de esta etapa se elaboraran las hojas de vida de los indicadores clave de la encuesta, los cuales serán seleccionados por el Comité Técnico.

### **3.5.6. Socialización de resultados**

Debido a que la ENDS es fuente de información para la formulación de políticas públicas del orden nacional regional y departamental, se hace necesario adelantar la socialización de los resultados. Para ello se propone, por una parte, diseñar e implementar una serie de recursos didácticos que permitan la difusión de la información para diferentes públicos; y por otra, hacer una serie de presentaciones, al menos en las cuatro ciudades principales del país, para que la información se difunda en todos los niveles territoriales.

#### **3.5.6.1. Recursos para la difusión**

Para la socialización de la información se propone elaborar los siguientes productos:

- *Documento de análisis de los resultados*: debido al alto volumen de información se propone presentar la información en dos tomos, uno en el que se expongan los resultados del componente demográfico y otro en el que contenga el análisis de la información sobre salud sexual y salud reproductiva.
- *CD con el documento de análisis de los resultados*: para poder entregar a un mayor volumen de usuarios de la información el documento de análisis se ha previsto una versión digital.
- *Resumen de prensa*: este documento permite a usuarios no especializados, así como a los medios de comunicación tener acceso a los resultados obtenidos.

- *Multimedia con los resultados generales de la ENDS 2015*: es un material didáctico que permite la presentación de los resultados de manera más dinámica y para todos los públicos.
- *Video sobre el proceso de elaboración de la ENDS 2015*: este material audiovisual tiene como objetivo dar a conocer todos los procesos que se deben llevar a cabo para obtener los resultados que se muestran en el documento impreso o en el CD.
- *Sitio web*: diseño y programación de un sitio web para colgar toda la información sobre la encuesta.
- *Herramienta de consulta para los indicadores*: desarrollo de una herramienta de consulta en sistema .Net la cual será administrada por el MSPS.

#### **3.5.6.2. Presentación de resultados**

Con el fin de ampliar el radio de usuarios de la información se propone hacer la socialización de los resultados por lo menos en las cuatro ciudades principales. Las presentaciones deberán entregar información comparada entre los resultados nacionales, los regionales, los departamentales y los resultados para las ciudades principales. Para tal efecto se proponen las siguientes acciones

- *Presentaciones de resultados ante usuarios de la información en las cuatro ciudades principales*: se propone convocar a tomadores de decisión, organismos internacionales, empresa privada y organizaciones sociales interesadas en los temas de población y desarrollos y salud sexual y salud reproductiva.
- *Rueda de prensa*: se convocará a los medios de comunicación de las cuatro ciudades para presentarles los resultados. La rueda estará acompañada de un comunicado de prensa

Con el objeto de divulgar los resultados de la información dentro de la comunidad académica se elaborará un artículo científico de profundización sobre los indicadores más relevantes de la encuesta, para ser publicado en una revista indexada nacional o internacional, sujeta a la elección por consenso del Comité Técnico de la ENDS 2015.

#### **IV. SISTEMA DE CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS DATOS**

El diseño y ejecución de encuestas de hogares por muestreo probabilístico, como la ENDS 2015, requiere además del sustento conceptual y técnico, del desarrollo de un sistema de control de la calidad de los datos que asegure su producción minimizando los errores y sesgos de la información y maximizando el uso de los recursos disponibles mediante la generación de resultados confiables, oportunos y a bajo costo<sup>65</sup>.

El objetivo de este sistema de control de la calidad es garantizar que los datos recolectados en el trabajo de campo de la ENDS cumplan con los criterios de confiabilidad, consistencia y coherencia necesarios para ser una herramienta útil para investigadores, diseñadores de políticas y tomadores de decisiones. Dado que todas las etapas del diseño y ejecución de la encuesta son esenciales para garantizar la calidad de la información, en cada una de ellas se aplican mecanismos de control que permiten identificar y corregir los posibles errores u omisiones de los datos recolectados. El control de la calidad de los datos de la ENDS 2015 se realizará teniendo en cuenta los diferentes momentos del proceso de la encuesta:

- Identificación de los hogares de la muestra
- Trabajo de campo
- Recolección de la información
- Depuración de los datos
- Imputación de los datos al finalizar la recolección

##### **4.1. Control de calidad en la identificación de los hogares de la muestra**

Ya se documentaron los elementos que constituyen el diseño estadístico de la encuesta en términos del tamaño de la muestra, el marco de muestreo, la selección de áreas de muestreo y la definición de los procedimientos de estimación y cálculo de los errores de muestreo. De acuerdo con este diseño, en la primera etapa de muestreo se seleccionan municipios, en la segunda etapa, manzanas urbanas y sectores y en la tercera, segmentos con un tamaño promedio de 10 hogares.

A nivel central, en cada municipio seleccionado, sobre el listado de manzanas, viviendas y hogares del censo 2005 se calcula el número de segmentos teóricos de 10 hogares en promedio y el intervalo de muestreo; sobre la distribución acumulada de segmento teóricos se seleccionan manzanas y secciones rurales aplicando sistemáticamente el intervalo de muestreo a partir de un arranque aleatorio. Posteriormente se identifican en la cartografía digital del Censo 2005 las áreas de muestreo, que contienen los segmentos de la muestra.

Dado que el marco utilizado fue el censo nacional de 2005, en un operativo previo al trabajo de campo es necesario actualizar el número de hogares existentes en las áreas de muestreo seleccionadas, listarlas y hacer la selección los hogares que van a ser encuestados. Este

---

<sup>65</sup> Feres, Juan Carlos. y Medina, Fernando. Control de calidad en el diseño y ejecución de encuestas de hogares. Cepal. <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER1/13.pdf>

procedimiento también permite corregir el número de medidas de tamaño y los pesos de las áreas seleccionadas.

Las personas participantes en el recuento de viviendas y hogares de la muestra, se encargan de listar las edificaciones, viviendas y hogares, dibujar el croquis de las edificaciones y tomar las coordenadas geográficas de las áreas de muestreo o segmentos en donde se desarrollará la encuesta. Para su actividad cada segmentadora recibe entrenamiento en recuento de viviendas y hogares; manual de levantamiento cartográfico; listado con la identificación de sector, sección y manzana de cada uno de las áreas de muestreo seleccionadas en cada municipio de la muestra; mapas de las áreas de muestreo; papelería para el diligenciamiento de los formatos y, navegador GPS Garmin eTrex.

#### 4.1.1. Supervisión durante el levantamiento de la muestra

Las personas participantes en el levantamiento cartográfico de la muestra listan las edificaciones, viviendas y hogares, dibujar el croquis de las edificaciones y tomaron las coordenadas geográficas de las áreas de muestreo o segmentos en donde se desarrollará la encuesta. Sus tareas específicas comprenden:

- Contactar a las autoridades locales de los municipios e informarles sobre las actividades de levantamiento
- Identificar los límites de las áreas de muestreo
- Comunicar a la muestrista las dificultades encontradas en el campo y seguir sus indicaciones
- Dibujar en una escala proporcional aproximada el croquis con las edificaciones de las áreas de muestreo
- Listar todas las viviendas y hogares asignado su numeración de una manera sistemática y ordenada de acuerdo con las indicaciones recibidas en el curso de entrenamiento
- Tomar y registrar las coordenadas geográficas (latitud, longitud y altura) del punto central del segmento

A continuación se describen los instrumentos relacionados con el control de calidad en el proceso de identificación final de los hogares de la muestra.

##### 4.1.1.1. Formatos de control manejados por la muestrista

Para verificar que el proceso de actualización de los listados de viviendas y hogares de la muestra cumple con los estándares previstos, durante el trabajo de campo la muestrista hace supervisión en terreno de las actividades y formatos y utiliza el formato 1SM como instrumento de verificación y registro de sus hallazgos. Entrega la retroalimentación a la segmentadora en terreno y, si detecta errores conceptuales, los revisa con la segmentadora al final de la jornada.

- **Formato 1SM:** En el Formato 1SM se verifica si cumple o no cumple con las instrucciones previstas en el manual de levantamiento y si lo hace siguiendo las técnicas y reglas previstas. El formato registra el desempeño en cuatro aspectos básicos del levantamiento cartográfico: la preparación; la forma de ubicarse y de recorrer el área; la forma de hacer el

recuento y, finalmente, la forma de dibujar y listar las viviendas y hogares. (Ver anexo 8.1. Formato 1SM)

- *Preparación:* se verifica el desempeño de las segmentadoras, en la presentación ante las autoridades del municipio, la construcción de una ruta de recorrido eficiente a las áreas de muestreo y el conocimiento o indagación sobre las rutas y modos de transporte al área de muestreo.
  - *Ubicación:* se verifica la marcación del punto de inicio de recorrido en la zona urbana y la rural; la documentación de los procesos de selección al interior del área trabajada; la forma en que recorre y registra las viviendas dentro del área de muestreo; y si verifica e identifica puntos de referencia relevantes y suficientes tanto para el acceso como al interior del área de muestreo.
  - *Recorrido:* se verifica la interacción y gestión con los residentes de los hogares, líderes comunitarios, personal de celaduría y consejos de administración de los conjuntos cerrados; la eficacia para identificar las viviendas en cada edificación; los hogares en cada vivienda y la habilidad para simultáneamente elaborar un croquis adecuado del área.
  - *Croquis y listado:* se verifica el manejo de la escala; la cabalidad del registro de la información sobre identificación; la demarcación y verificación de límites del área de muestreo; la demarcación de los límites de los segmentos en el croquis y en el listado; la correspondencia de la información dibujada con la información listada; la transcripción correcta de la nomenclatura al listado y al croquis; la transcripción correcta de las coordenadas de las áreas de muestreo y, la marcación del número de viviendas en cada edificación.
- **Formato 2SM:** Posteriormente, en la oficina central se recibe el material diligenciado que pasa por un proceso de revisión. En el Formato 2SM la asistente de muestra registra los hallazgos en esta etapa de verificación y los reporta a la muestriera quien se comunica con la segmentadora que corresponda en el caso de detectarse una situación que requerirá aclaración, corrección o retroalimentación (Ver anexo 8.2 Formato 2SM)

La muestra se organiza empleando una carpeta para cada municipio, por lo tanto la asistente de muestreo verifica el orden del contenido de la carpeta; la calidad y consistencia de los croquis y listados; la claridad y consistencia de los segmentos (particiones) identificadas al interior del área de muestreo y, finalmente, en el segmento seleccionado, el proceso de selección y la consistencia del croquis y el listado.

- *Carpeta:* verifica el ordenamiento de los segmentos; que la información se haya obtenido para todos los segmentos o, si no fue posible, la existencia de certificaciones sobre la causa de no realización; que los formatos estén completos para cada área de muestreo y para el segmento seleccionado.
- *Croquis y listado:* verifica que los datos de identificación estén completos y correspondan al área; que haya información u observaciones sobre el acceso; observaciones sobre

dificultades de acceso a las viviendas; que haya correspondencia entre el croquis y el listado y que esté completa la información sobre la segmentadora y la fecha de segmentación

- *Particiones*: Para cada partición del listado verifica la marcación de un punto de partida igual en el croquis y el listado; que las particiones sean continuas sin trincar edificaciones ni viviendas y sin cruzar límites geográficos relevantes y, que estén numeradas adecuadamente.
- *Segmento seleccionado*: verifica la correspondencia de las viviendas listadas con las viviendas dibujadas y la correspondencia del número de viviendas marcadas en cada edificación con las listadas

Una vez corregida y aprobada cada carpeta de muestra, se digitan los listados de hogares de los segmentos seleccionados en un formato adecuado para su transferencia a los computadores que serán utilizados en el trabajo de campo.

## 4.2. Control de calidad en el trabajo de campo

### 4.2.1. Control de calidad por la supervisora de equipo

La supervisora de cada grupo estará a cargo de la coordinación del conjunto de actividades y será la responsable en primera instancia del cumplimiento del trabajo, de acuerdo con las normas de calidad y eficiencia establecidas.

La supervisora de campo es la persona que tiene bajo su responsabilidad el cumplimiento del trabajo asignado en el tiempo previsto; el cubrimiento de los niveles máximos de calidad y cobertura de la encuesta y la remisión periódica del material diligenciado al nivel central. Son tareas de la supervisora de un grupo:

- Asignar los segmentos a visitar
- Ubicar en el terreno a cada una de las encuestadoras
- Revisitar una muestra de los hogares entrevistados
- Revisar las encuestas realizadas utilizando los listados de inconsistencias generados por la aplicación de computador y controlar la calidad de la información
- Diligenciar los formatos para el control de la calidad, cobertura y productividad

#### 4.2.1.1. Formatos de control manejados por la supervisora de equipo

- ***Control Diario de Ejecución por Segmento (Formato 1SE)***: Este formato está diseñado para establecer los hogares que serán entrevistados y controlar el número de encuestas realizadas y pendientes. Además, permite a la supervisora identificar si una entrevistadora está obteniendo más rechazos o falta de respuestas que otras entrevistadoras del equipo. Si éste fuera el caso, una revisión consistente ayudará a detectar si la falta de respuesta o rechazos son debidos a un desempeño deficiente de la entrevistadora. Su diligenciamiento es de estricta responsabilidad de la entrevistadora (Ver anexo 8.3. Formato 1SE)

- **Productividad Diaria por Encuestadora (Formato 2SE):** El objetivo de este instrumento es determinar el desempeño diario de cada entrevistadora. Este instrumento permite evaluar para cada día el volumen de encuestas realizadas por la entrevistadora, volumen de actividades realizadas en los segmentos asignados y pendientes y por último informa sobre el rendimiento de la encuestadora y permite comparar el desempeño de la supervisora (Ver anexo 8.4. Formato 2SE).
- **Resultado por Segmentos (Formato 3SE):** Una vez se ha terminado la visita al segmento, la supervisora registra en este formato toda la información concerniente al resultado final de las entrevistas de hogar e individual (Ver anexo 8.5. Formato 3SE)
- **Control de Ejecución de Segmentos por Municipio (Formato 4SE):** Este formato sirve para mantener un control continuo sobre el desempeño del grupo en cada municipio. Es el instrumento que permitirá a la supervisora reportar semanalmente el avance de la encuesta a la coordinación central (Ver anexo 8.6. Formato 4SE)
- **Indicadores de Producción y Cobertura por Segmento Terminado (Formato 5SE):** Los indicadores que se reportan en este formato son 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. Su conocimiento y análisis permite a la supervisora combinar estrategias para lograr los requerimientos de Cobertura y Calidad exigidos por la Dirección de la encuesta. A su vez, este instrumento permite a la Dirección una gestión integral, oportuna y eficiente (Ver anexo 8.7. Formato 5SE)

#### 4.2.2. Control de calidad mediante supervisión en el campo por la oficina central

Una de las técnicas que se utilizarán para controlar la calidad de los datos será la supervisión del trabajo de campo por parte del personal de la oficina central (Bogotá). Las actividades que se desarrollarán serán las siguientes:

- 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 y acercamiento a los entrevistados.
- 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.
- 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.

Se deberá evaluar el desempeño de todas y cada una de las supervisoras y encuestadoras, acompañando a todos los grupos en su trabajo. Todas las observaciones se deberán anotar en los formatos de chequeo diseñados para tal efecto; si se presenta alguna anomalía en los puntos a

evaluar se hará la observación necesaria. Se tiene un formato para evaluar a las supervisoras, tanto en los aspectos técnicos como administrativos y otro formato para evaluar a cada una de las encuestadoras.

Durante la supervisión se acompañará a los equipos en el levantamiento de la información en campo (urbano y rural), con el fin de solucionar inquietudes técnicas, aplicar las acciones correctivas inmediatas ante errores sistemáticos o eventuales presentados.

Se indagarán y observarán en la práctica cada uno de los diferentes tipos de encuesta de la ENDS con el fin de garantizar la calidad de la información recolectada. Seguido a esto, se realizarán las sugerencias pertinentes a quien corresponda y a su supervisora.

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

#### **4.2.2.1 Formatos de control utilizados para la supervisión de la oficina central**

- ***Formato para supervisar a la Supervisora (Formato 1SC):*** Este instrumento se utilizará para realizar el seguimiento a los procedimientos, tareas y actividades realizadas por la supervisora de grupo. La supervisora deberá 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, o mediante nuevas cartas a la administración de los edificios, a las Fuerzas Armadas o a los respectivos alcaldes (Ver anexo 8.8. Formato 1SC). Este formato contempla la verificación de:
  - *Presentación ante autoridades.* Se verificará que el grupo cuando el grupo llegue a un nuevo municipio, la supervisora contacte a las autoridades pertinentes (alcalde, comandante de policía, se presente antelas autoridades) y adicionalmente le entregue la carta de presentación de la encuesta.
  - *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 del nivel central de Profamilia. Se evaluará la habilidad de la supervisora para llegar al segmento.
  - *Actualización muestra.* Si ha habido cambio en el uso de ciertas viviendas o éstas han sido demolidas o arrasadas, debe registrarse la explicación a este hecho. Puede ser, también, que haya habido 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. Si alguna funcionaria del trabajo de campo lo hace, automáticamente queda cancelado su contrato.

- *Asignación y ubicación de los segmentos y las viviendas.* Se observará 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.
- *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 comprobará que a cada encuestadora se le esté entregando un número similar de hogares que al resto de encuestadoras.
- *Acompañamiento a las encuestadoras.* Se verificará que la supervisora acompañe a cada una de las encuestadoras del grupo a realizar algunas de las entrevistas en campo.
- *Visita a los hogares en caso de rechazo o ausencia.* Se observará 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 deberá verificar estos casos haciendo visitas a tales hogares. Se verificará que la supervisora haya comprobado, que la encuestadora regrese a entrevistar a las personas que no logró conseguir durante su primera visita.
- *Recepción diaria de cuestionarios.* Se verificará que la supervisora al final de cada día esté recibiendo la información de cada una de las encuestadoras.
- *Revisión de inconsistencias.* Se observará si la supervisora está revisando las entrevistas de hogar y las entrevistas individuales ya recibidas (opción 5 de la aplicación de la supervisora) para buscar posibles inconsistencias.
- *Devolución del trabajo por inconsistencias.* En caso de encontrar inconsistencia en la información recibida, se verificará que la supervisora le informe a cada una de las encuestadoras para que en caso de ser necesario regrese al hogar a hacer la corrección correspondiente. Adicionalmente se verificará que la supervisora haya comprobado, en ciertos casos, la evidencia de que se hizo la encuesta en aquellos hogares donde la encuestadora tuvo que regresar debido a que debía corregir ciertos datos
- *Backup de la información.* Se observará que una vez la supervisora haya cerrado los diferentes segmentos esté verificando que se haga la copia de seguridad en la memoria.
- *Actualizaciones bajadas y hechas.* Se verificará que la supervisora esté revisando su correo constantemente, que haya bajado 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.
- *Revisión notas de entrevistadoras.* Se observará 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

- *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.
- *Envío de la información a la oficina central.* Se verificará que una vez que la supervisora cierre un segmento, éste sea enviado oportunamente a la oficina central.
- *Formatos de la Supervisora.* Se observará si las supervisoras están llenando bien los formatos de “Productividad Diaria por Encuestadora” (Formato 2SE), “Resultados por Segmento” (Formato 3SE), “Control de Ejecución de Segmentos por Municipio” (Formato 4SE) e “Indicadores de Producción y Cobertura por Segmento Terminado” (Formato 5SE).
- *Carné de identificación, carta de presentación y manuales.* Se observará que la supervisora, al momento de salir a realizar su trabajo diario lleve todos los materiales y equipos necesarios para la realización del día de trabajo, porte el carné, lleve su carta de presentación y los manuales correspondientes; que al momento de llegar a una casa muestren la carta de presentación y en caso de alguna duda consulte los manuales.
- *Carga de la batería.* Se verificará que al momento de salir a realizar el trabajo las baterías del computador estén completamente cargadas, para evitar pérdida de información en caso de no poder conectar el computador a la corriente en los hogares o para facilitarla a las encuestadoras.
- *Puntualidad.* Se observará que la supervisora este lista a la hora acordada el día anterior para empezar el día de trabajo.
- *Habilidad de la supervisora para solucionar problemas.* Se evaluará el desempeño de la supervisora para dar solución a los problemas que se presentan tanto a nivel individual como grupal.
- *Cumplimiento cronograma.* Se hará una evaluación de los tiempos programados y realmente gastados en cada municipio, en sus áreas de cabecera municipal, centro poblado y rural disperso.
- *Vehículo.* Se verificará 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.
- *Lugares de alojamiento.* El lugar de alojamiento escogido por la supervisora deberá 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 la localidad y con la seguridad que brinden éstos para guardar con la máxima seguridad los equipos y materiales de trabajo. Dependiendo del tiempo que van a permanecer en un lugar, en algunas ciudades podrán alquilar algún apartamento o casa, lo cual les facilitará hacer las comidas, lavar la ropa, etc. No deberían alojarse en hoteles o barrios inseguros o en sitios donde no les garanticen la seguridad de los equipos. Se debe hacer una evaluación del lugar según la propia observación.

- **Formato para supervisar a la Encuestadora (Formato 2SC):** En cada grupo de trabajo se acompañará a todas las encuestadoras para presenciar cómo se comportan en el hogar y cómo realizan las entrevistas. Se observará, 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 (Ver anexo 8.9. Formato 2SC)

El objetivo de este instrumento es determinar el desempeño la entrevistadora, con este formato se verificará si la encuestadora está observando los procedimientos y actividades previstas como son:

- *Verificación de direcciones y de los jefes de hogares.* Se observará que las encuestadoras estén verificando 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 deben hacer actualización. Se debe revisar que no se hayan omitido las viviendas ocultas por estar en pasajes, callejones o lugares poco visibles.
- *Presentación y realización de la encuesta.* Se observará la manera cómo se presenta la encuestadora en cada hogar y su actitud ante las personas entrevistadas. Se verificará que la encuestadora explique el objetivo de la encuesta y lea el consentimiento informado a las personas del hogar.
- *Informante idóneo.* Se observará que una vez haya sido aceptada la realización de la encuesta en un hogar, la encuestadora haya escogido a la persona idónea para responder la encuesta, según las indicaciones dadas en el curso de capacitación.
- *Conceptos básicos.* Se verificará que la encuestadora maneje y tenga claros conceptos básicos como vivienda, hogar, residentes habituales, mujeres en edad fértil, hombres en edad fértil, educación formal, etc.
- *Personas del hogar.* Se observará que la encuestadora registre de manera correcta (residentes habituales y orden) a cada una de las personas del hogar.
- *Cambio persona y capítulo.* Se observará que la encuestadora, al realizar la encuesta de hogar, ubique al entrevistado sobre la persona por la cual está haciendo las preguntas. También se verificará que la encuestadora siempre ubique a la persona entrevistada sobre el tema (capítulos) por el cual le va a hacer la preguntas.
- *Periodos de referencia.* Se verificará que la encuestadora explique a la persona entrevistada por el lapso de tiempo al cual está haciendo referencia la pregunta.
- *Identificación de personas a encuestar.* Se verificará que la encuestadora tenga claro a qué persona del hogar debe aplicar cada uno de los tipos de encuesta (individual mujer, individual hombre y prevención de cáncer).
- *Aplicación de preguntas.* Se observará la forma como la encuestadora hace cada pregunta, que esté leyendo las preguntas textualmente y que las haga con un ritmo pausado y continuo, y no cambie el fraseo de la pregunta. Se debe tener en cuenta que la

encuestadora no debe sugerir las respuestas a la persona entrevistada, ni que deduzca o anote respuestas que no fueron dadas por los entrevistados. También se verificará que la encuestadora no emita juicios de valor con respecto a las respuestas dadas por las personas y que la encuestadora no apesure la entrevista, ni genere expectativas a las personas entrevistadas.

- *Flujos y filtros.* Se verificará que cuando la encuestadora haga encuestas en papel siga los flujos de información y aplique cada uno de los filtros.
- *Sondeo.* Se observará, que cuando la encuestadora deba realizar sondeo en algunas de las preguntas, no lo omita o no lo haga de manera superficial.
- *Mensajes de alerta.* Se verificará que la encuestadora le preste atención a los mensajes de alerta que arroja la aplicación mientras está realizando la encuesta y en caso de que haya alguna corrección la haga inmediatamente.
- *Backup de la información.* Se revisará que las encuestadoras siempre que estén realizando una entrevista tengan la memoria USB conectada al computador para que el backup se haga automáticamente y que las encuestadoras mantengan en sitios diferentes las USB y el computador.
- *Revisión de inconsistencias.* Se observará que, una vez terminada la entrevista, la encuestadora revise la entrevista y arregle los posibles errores antes de salir del hogar. Si no es error pero se genera una inconsistencia debe aclarar con una nota en la pregunta correspondiente o en las notas finales.
- *Formatos de Visitas y Revisitas.* Se observará cómo están llenando las entrevistadoras las “Hojas de Control Diario de Ejecución por Segmento” (Formato 1SE) y cómo programan las revisitas. En este formato se anotan los hogares a ser entrevistados y las encuestas realizadas y pendientes. Estos formatos se revisarán para detectar si la falta de respuesta o los rechazos se deben a desempeño deficiente de la encuestadora.
- *Actualizaciones.* Se verificará que la encuestadora tenga en su computador todas las actualizaciones enviadas desde la oficina central.
- *Carné de identificación, carta de presentación y manuales.* Se observará que cada una de las encuestadoras del grupo, al momento de salir a realizar su trabajo diario lleve todos los materiales y equipos necesarios para la realización del día de trabajo, porte el carné, lleve su carta de presentación y los manuales correspondientes; que al momento de llegar a una casa muestren la carta de presentación y en caso de alguna duda consulte el manual.
- *Carga de la batería.* Se verificará que al momento de salir a realizar el trabajo las baterías de cada uno de los computadores de las encuestadoras estén completamente cargadas, para evitar pérdida de información en caso de no poder conectar el computador a la corriente en los hogares.

- *Puntualidad.* Se observará que todo el equipo de trabajo esté cumpliendo con el horario de salida al campo establecido por la supervisora, es decir, verificar que las salidas al campo sean oportunas para así evitar retrasos en la realización del trabajo.
- *Cuidado de los computadores.* Se evaluará cómo se están trasladando los equipos entre municipios, barrios y viviendas, teniendo en cuenta que debe haber confidencialidad en el manejo de los equipos, tratando de que no sea muy vistoso ese traslado. Para que el trabajo de campo se desarrolle normalmente se requiere que las encuestadoras tengan todos los elementos que necesitan, sepan utilizarlos y los mantengan en perfecto estado. En caso de robo de algún equipo la encuestadora deberá poner el denuncia en la estación de policía y enviarlo a la oficina central.

Paralelamente se deberá oír la evaluación de las supervisoras sobre el trabajo que han venido desarrollando sus encuestadoras.

### 4.3. Control de calidad en la recolección de los datos

Los cuestionarios complejos inevitablemente permiten posibilidades de respuestas inconsistentes respecto de diferentes cuestiones. Para el analista esto resulta en un archivo de datos que contiene datos incompletos o inconsistentes, lo que complica considerablemente el análisis.

Para evitar estos problemas la ENDS acogerá el sistema de edición e imputación de datos de las encuestas DHS, que resultará en un archivo de datos que reflejará con precisión la población estudiada y podrá ser utilizado fácilmente para análisis.

Los controles que se utilizarán desde el momento en que se inicie una entrevista hasta llegar a un archivo consolidado listo para el análisis serán los siguientes:

#### 4.3.1. Controles de calidad desde las encuestadoras

Para la realización de las entrevistas por computador, existirán tres tipos de control de los datos:

- **Controles administrativos y de estructura:** Se controlará la estructura de los hogares, previniendo que no se dupliquen entrevistas, y que no se hagan entrevistas individuales si no se ha hecho primero la entrevista al hogar, se controlará que se haga entrega de la información a la supervisora y que se haga backup de la información recolectada. En el documento **CONTROLES 1ENC** se presenta la lista de los controles que realiza la aplicación de computador (Ver anexo 8.10 Controles 1ENC)
- **Controles de la calidad de los datos durante la entrevista** Durante la entrevista por computador la aplicación hará control de los patrones de salto a través del formulario, del rango de valores válidos para cada variable y de la consistencia de ciertas variables que se relacionan con el mantenimiento de la integridad estructural de los datos. Cuando se presente una inconsistencia sencilla aparecerá en la pantalla un llamado de atención a la encuestadora para que revise directamente la información durante la entrevista. La lista de

los controles y de revisiones de consistencia entre variables que se realizarán se puede observar en el documento **CONTROLES 2ENC** (Ver anexo 8.11. Controles 2ENC).

- **Revisión de inconsistencias después de terminada una entrevista** Una vez terminada una entrevista, se hará un chequeo para verificar la coherencia interna de la información en todo el cuestionario, los chequeos que se harán se presentan en el documento **CONTROLES 2ENC**. Al finalizar la revisión de inconsistencias, la aplicación generará un listado de inconsistencias, un ejemplo de este listado se presenta en el documento **INCONSISTENCIAS 1ENC**, de esta manera las encuestadoras tendrán la oportunidad de revisar los errores y si es necesario volver a completar o corregir información directamente en la fuente.

#### 4.3.2. Controles de calidad desde las supervisoras de equipo

Las supervisoras de equipo manejarán la aplicación por computador que hará los siguientes controles para vigilar la calidad de los datos:

- **Controles administrativos:** Se hará control de la muestra, se administrará el trabajo diario de las encuestadoras, se controlará el avance del trabajo (segmentos cerrados), se controlará que las encuestadoras transfieran el trabajo diario realizado a la supervisora. El detalle de los controles que se llevarán a cabo se presentan en el documento **CONTROLES 1SUP** (Ver anexo 8.12 Controles 1UP)
- **Controles de estructura de los hogares y los segmentos:** Como se muestra en el documento **CONTROLES 2SUP**, la aplicación de computador controlará la estructura de los hogares, es decir que cada entrevista de hogar tenga sus correspondientes cuestionarios individuales y que cada entrevista de individual pertenezca a un hogar, que no falten registros físicos en los archivos, que cada segmento terminado tenga el número de hogares y de entrevistas individuales esperado (Ver anexo 8.13. Controles 2UP).
- **Revisión de inconsistencias en las entrevistas** Cuando la supervisora reciba la información de las encuestadoras verificará nuevamente la coherencia interna de la información en los cuestionarios mediante la opción para revisión de inconsistencias, el tipo de verificaciones que realiza se presenta en el documento **CONTROLES 3SUP**, esta revisión generará un listado de inconsistencias que será el mismo que se generará con la aplicación de las encuestadoras que como se mencionó anteriormente se puede ver un ejemplo en el documento **INCONSISTENCIAS 1ENC** (Ver anexo 8.14. Inconsistencias 1ENC).

#### 4.3.3. Controles de calidad desde la oficina central

En la oficina central se recibirán del campo los segmentos cerrados enviados por las supervisoras, allí se harán los siguientes controles de la calidad de la información:

- **Controles administrativos (Formato 10C):** Se hará control de la muestra, del avance del trabajo es decir el número de segmentos cerrados, número de encuestas realizadas de

hogar en individuales, fechas de inicio y de terminación del segmento, y se hará control del avance de la edición o limpieza secundaria de los datos es decir registrará el número de segmentos que se hayan revisado y el número de revisiones (ediciones) realizadas por cada segmento (Ver anexo 8.15. Formato 1OC)

- **Control para el seguimiento de inconsistencias (Formato 2OC):** Este formato está diseñado para establecer el desempeño de las encuestadoras en cuanto al diligenciamiento de las entrevistas, con este formato se hará un recuento del número de errores de consistencia encontrados durante la depuración de los datos por segmento y por encuestadora (Ver anexo 8.16. Formato 2OC)
- **Tablas de chequeo de campo:** Las tablas de chequeo del campo producirán indicadores claves que mostrarán valores menores o mayores de lo previsto. Este será uno de los medios por el cual se hará seguimiento a las tasas de respuesta y a las coberturas, y será el único medio para hacer seguimiento a los desplazamientos de edades, a los agrupamientos de la edad al fallecimiento, al subregistro de fechas de nacimiento, al subregistro de edades y fechas de defunciones y al subregistro en la información sobre muertes maternas. Estos errores de recopilación de datos se podrán detectar a tiempo para poner remedio a posibles problemas en la recolección de la información (Ver anexo 8.17. Tablas de chequeo).

Por medio de las tablas de chequeo de campo se hará seguimiento a la calidad de los datos, mientras que el trabajo de campo todavía está en marcha. Estas tablas serán producidas periódicamente por la coordinadora de procesamiento de datos con el fin de monitorear el desempeño de cada equipo por separado.

Estas tablas ayudarán a mantener un vínculo permanente entre los equipos sobre el terreno y el personal directivo de la encuesta. El uso de estos cuadros será fundamental durante la primera fase del trabajo de campo, cuando todavía hay tiempo para organizar el reentrenamiento o el cambio del personal de campo o volver a entrevistar segmentos de muestra con problemas. Si los datos de un equipo presentan problemas, se podrán revisar las tablas de chequeo de campo por entrevistador/a para ver si los problemas son de todo el equipo o restringido a uno o dos miembros del equipo.

#### **4.4. Depuración de los datos**

Después que hayan sido recibidas en la oficina central las encuestas diligenciadas, se llevará a cabo un proceso de depuración de los datos por segmento. Durante esta etapa se introducirán controles complejos a la aplicación por computador. Estas inconsistencias podrán ser de estructura o de consistencia interna.

La depuración de datos se refiere a los chequeos que se llevarán a cabo con el fin de verificar la consistencia interna de las respuestas a las preguntas que se encuentran en los cuestionarios y que no se hayan resuelto en las anteriores etapas de revisión de los datos.

Durante la etapa de depuración se seguirán cuidadosamente todos los procedimientos de una manera estándar. Se aplicará cada una de las reglas de corrección según las *Guías para la Depuración de Datos* (Ver anexo 8.18. Guías para la depuración).

En general, las correcciones serán de dos tipos:

- Asignación de un código especial que indica datos inconsistentes.
- Deducción de una respuesta "correcta" basada en las respuestas relacionadas con otra información que se encuentra en el cuestionario. Las reglas de edición permiten que se cambien respuestas a otra respuesta válida sólo en situaciones en las que es evidente que la nueva respuesta es correcta. En otras situaciones, el elemento inconsistente en los datos se cambia con el código 'incompatible'. Una regla especial, conocida como la "regla de la unidad", es utilizada para algunas preguntas. Esta regla permite cambiar una respuesta por una unidad (un mes o un año en función de la unidad de la respuesta a la pregunta) si la respuesta modificada es consistente con los otros datos relacionados.

#### **4.5. Imputación de los datos**

La tercera etapa del proceso de edición será la etapa de imputación de fechas, en la que un dato nuevo se generará en el archivo, este dato contendrá las fechas completas de cada caso reportado en el cuestionario. Los eventos por los que se imputarán fechas serán los siguientes:

- Fecha de nacimiento del encuestado
- Fecha de la primera unión
- Fecha de nacimiento de cada niño
- Fecha de la concepción del embarazo actual
- Fecha de la esterilización del encuestado o su pareja

En esta etapa, las fechas parciales o incompletas se imputarán con la información relacionada conocida. Las fechas parciales incluirán fechas para las que no se informe el mes o el año, ya sea porque el cuestionario queda en blanco (datos no disponibles), la información proporcionada no es coherente con otra información (datos incoherentes), o porque la entrevistada no sabe la fecha exacta (datos desconocidos) (ver Anexo 8.19. Edición e imputación de datos).

## V. CÓDIGO DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Una de las líneas estratégicas de Profamilia a 2015 es la generación y difusión del conocimiento científico para el fortalecimiento institucional a partir de la toma de decisiones basadas en la evidencia; y para la producción de información que contribuya a la formulación de planes, programas y políticas locales, departamentales y nacionales para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población colombiana.

Con el fin de verificar la rigurosidad y la calidad de los estudios de investigación se cuenta con un Comité de Ética en Investigación que evalúa y monitorea las investigaciones desde el punto de vista ético, garantizando los propósitos institucionales y la normatividad nacional e internacional aplicable; así como el respeto de los derechos de los individuos o grupos objeto de las investigaciones.

El propósito del Comité de Ética en Investigación de Profamilia (CEIP) es asegurar la pertinencia y calidad de los estudios de investigación a desarrollar y velar por la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de todos los participantes actuales y potenciales de las investigaciones que desarrollan Profamilia. El CEIP es independiente, secular, plural, e interdisciplinario. Se constituye como un espacio de reflexión libre de influencias políticas, profesionales, comerciales y religiosas, para orientar y dar opinión sobre la ética en la investigación con seres humanos. El CEIP opera de manera permanente y da respuesta oportuna y competente a las solicitudes de investigación que se llevan a cabo en o por la institución.

Para salvaguardar los derechos de los sujetos de investigación, así como la confidencialidad en el uso y difusión de la información el CEIP: a) emite conceptos técnicos y éticos sobre los protocolos de investigación y correspondientes consentimientos informados; b) hace seguimiento al desarrollo de las investigaciones; y c) avala los mecanismos de protección de la información.

La investigación en Profamilia se rige bajo la normativa nacional. De acuerdo con la resolución 2378 de 2008 expedida por el Ministerio de la Protección Social, toda investigación en seres humanos y en especial aquella que involucre investigación con medicamentos, deberá acogerse a las Buenas Prácticas Clínicas (BPC).

Así mismo, el CEIP vela por el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 la cual tiene por objeto *“desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma”*. De igual manera vela por el cumplimiento de la Ley 79 de 1993 *“por la cual se regula la realización de los Censos de Población y Vivienda en todo el territorio nacional”*.

Adicionalmente, el CEIP vela por que se cumplan los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales de Naciones Unidas:

- Las estadísticas oficiales constituyen un elemento indispensable en el sistema de información de una sociedad democrática y proporcionan al Gobierno, a la economía y al público datos acerca de la situación económica, demográfica, social y ambiental. Con este

fin, los organismos oficiales de estadística han de compilar y facilitar en forma imparcial estadísticas oficiales de comprobada utilidad práctica para que los ciudadanos puedan ejercer su derecho a mantenerse informados;

- Para mantener la confianza en las estadísticas oficiales, los organismos de estadística han de decidir, con arreglo a consideraciones estrictamente profesionales, incluidos los principios científicos y la ética profesional, acerca de los métodos y procedimientos para la reunión, el procesamiento, el almacenamiento, y la presentación de los datos estadísticos;
- Para facilitar una interpretación correcta de los datos, los organismos de estadística han de presentar información conforme a normas científicas sobre las fuentes, métodos y procedimientos de la estadística;
- Los organismos de estadística tienen derecho a formular observaciones sobre interpretaciones erróneas y la utilización indebida de las estadísticas;
- Los datos para fines estadísticos pueden obtenerse de todo tipo de fuentes, ya sea encuestas estadísticas o registros administrativos. Los organismos de estadística han de seleccionar la fuente con respecto a la calidad, la oportunidad, el costo y la carga que le impondrán;
- Los datos que reúnan los organismos de estadística para la compilación estadística, ya sea que se refieran a personas naturales o jurídicas, deben ser estrictamente confidenciales y utilizarse exclusivamente para fines estadísticos;
- Se han de dar a conocer al público las leyes, reglamentos y medidas que rigen la operación de los sistemas estadísticos;
- La coordinación entre los organismos de estadística a nivel nacional es indispensable para lograr la coherencia y eficiencia del sistema estadístico;
- La utilización por los organismos de estadística de cada país de conceptos, clasificaciones y métodos internacionales fomenta la coherencia y eficiencia de los sistemas estadísticos a nivel oficial;
- La cooperación bilateral y multilateral en la esfera de la estadística contribuye a mejorar los sistemas de estadísticas oficiales en todos los países.

## 5.1. Código de Ética y sistema de salvaguarda y confidencialidad: “Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015”<sup>66</sup>

De acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, a través de la cual establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, es una investigación sin riesgo. Estas son aquellas “*que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta*”.

Si bien la presente estudio es una investigación sin riesgos, se ha considerado un sistema de salvaguardas compuesto por cuatro mecanismos para la seguridad del proceso investigativo y de la información recabada, así como para la garantía de los derechos de las personas que participan del estudio.

### 5.1.1. Mecanismo I. Respeto a la confidencialidad

- La confidencialidad se refiere a la obligación ética y legal que surge de una relación en la que una persona recibe una información de otra. Quien que la recibe tiene la obligación de no usar dicha información para ningún propósito que no sea el originalmente dado. Para la salvaguarda de la confidencialidad se contará con los siguientes instrumentos:
- El equipo investigador estará dispuesto a informar sobre los objetivos, alcances e impactos potenciales de la investigación, tanto a las instancias patrocinadoras (Profamilia y Ministerio de Salud y Protección Social) como a las personas que participen del proceso, siempre y cuando los tiempos y contenidos de dicha información no contravengan las disposiciones establecidas en el presente sistema de salvaguardas y confidencialidad.
- Se contará con un consentimiento informado verbal en el que se le dará a conocer a las participantes los objetivos de la investigación, así como el uso de la información que nos provea. El Consentimiento se fundamenta los artículos 8, 15 (numerales a, b, c, f, g y h) y 16 (párrafo primero) de la Resolución 8430 de 1993 (ver instrumento 1):

**ARTÍCULO 8.** “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice”.

<sup>66</sup> El presente sistema de salvaguarda y confidencialidad de la información está basado en los principios éticos que rigen la investigación en Profamilia, consignados en la Guía Operativa del Comité de Ética en Investigación, y en el *sistema de salvaguardas para la construcción de memoria de personas con experiencias de vida trans* de la investigación: “¡A mí me sacaron volada de allá!. Relatos de vida de mujeres trans desplazadas forzosamente hacia Bogotá”, de las investigadoras Nancy Prada Prada, Susan Herrera Galvis, Lina Tatiana Lozano Ruiz y Ana María Ortiz Gomes. Universidad Nacional de Colombia y Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá, abril de 2012.

**ARTÍCULO 15.** “El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla”.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información

**ARTICULO 16. Parágrafo Primero.** “En el caso de investigaciones sin riesgo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo”.

Buenos Días. Mi nombre es _____ , estoy estamos realizando una encuesta para el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. La encuesta se hace a nivel nacional, entrevistando a hogares acerca de diferentes temas relacionados con la salud. Apreciaríamos su participación en esta entrevista. Esta información será utilizada solo con fines estadísticos para establecer políticas de salud. La entrevista dura aproximadamente 40 minutos. Toda la información que nos provea será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas. Su participación en esta entrevista es voluntaria y si se presentara alguna pregunta que no quisiera responder déjeme saber y continuaré con las siguientes preguntas o puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. Esperamos que usted participe en esta encuesta pues sus opiniones son importantes.			
¿Tiene alguna pregunta sobre la encuesta?		<input type="checkbox"/>	<b>Me gustaría empezar la entrevista ahora</b>
Firma Encuestadora:			
Encuestada/o acepta entrevista	<input type="checkbox"/>	SI	No <input type="checkbox"/>

- Se contará con un sistema de anonimización de la información a través de un sistema de códigos que remplace los datos personales de las y los participantes. El equipo investigador no podrá hacer uso a nombre individual, del material durante el trabajo decampo, ni en espacios que excedan los alcances de la presente investigación.

**5.1.2. Mecanismo II: Respeto a la privacidad**

- La privacidad se refiere a la información de una persona en el ámbito de su intimidad y en principio nadie tiene derecho a acceder a ella sin su consentimiento. Es el espacio personal que cada uno tiene como límite entre mi yo y otro, lo cual estimula a promover la dignidad de las personas, brindándole un espacio seguro donde la información no se filtre. El derecho y ejercicio de la privacidad siempre va de la mano de la confidencialidad. Para la salvaguarda de la privacidad se contará con los siguientes mecanismos:

- Las entrevistas se harán únicamente las personas a encuestar aceptan el consentimiento informado. Las entrevistas deben hacerse en condiciones de privacidad y solo se grabaran las entrevistas si la participante acepta.
- Antes de comenzar la encuesta, se informará ampliamente a la persona que va a ofrecer su testimonio sobre los objetivos y alcances de la investigación, puntualizando que:
  - El equipo investigador no constituye un puente entre las personas entrevistadas y las instituciones, por lo cual no podrá atender solicitudes de bienes y servicios.
  - El equipo realizará una labor de investigación, orientada a la producción de conocimiento. Por lo tanto no está en la capacidad de incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas entrevistadas.
  - En el momento previo a la entrevista se aclarará a cada persona tanto los objetivos, como las condiciones bajo las cuales se hará el levantamiento de la información, las cuales están consignadas los diferentes mecanismos del presente código de ética.
- A lo largo de la encuesta quien la está realizando no presupondrá ninguna información que le haya sido previamente entregada, pues al hacerlo puede poner en juego prejuicios propios que contradigan las experiencias particulares de los eventos de interrupción del embarazo. En el mismo sentido, se optará siempre por creer en el testimonio de la persona entrevistada, sin contradecirle.
- Ninguna persona encuestada será forzada a hablar sobre temas que no desee o a entregar información que prefiera mantener en secreto.
- En el contrato de prestación de servicios de las personas que conformarán el equipo de investigación debe existir una clausula sobre la confidencialidad y reserva de la información.

### 5.1.3. Mecanismo III: Respeto a la seguridad y reserva de la información

Los elementos a considerar en este mecanismo son almacenamiento, seguridad, retención y eliminación de los datos, a saber:

- *Seguridad:* Los datos deben ser almacenados en forma segura y protegida durante y posterior a la terminación de un proyecto de investigación. Los datos de contacto de las personas encuestadas se irán consignando en una única base de datos que será de manejo exclusivo del equipo de investigación de Profamilia.
- *Anonimización:* Los datos deben estar protegidos durante la investigación, en el transcurso de análisis o en reposo cumpliendo tres objetivos: confidencialidad, integridad y disponibilidad. Para ello no se consignaran datos personales en los formatos de encuesta.
- *Reserva:* Los datos tienen un tiempo de conservación luego de finalizado el proyecto, la retención de archivos de papel y medios electrónicos durante mucho tiempo puede

aumentar las posibilidades de acceso no autorizado. Por lo tanto, se conservarán única y exclusivamente los micro-datos.

#### **5.1.4. Mecanismo IV. Respecto a la divulgación de resultados**

- En todos los productos de la presente investigación, los datos en ningún momento incluirá nombres propios, datos personales o datos de ubicación de las mujeres encuestadas.
- Debido a que la investigación social ofrece resultados complejos, susceptibles de múltiples interpretaciones, el equipo investigador pondrá todas sus capacidades profesionales para construir análisis consecuentes con el marco teórico y metodológico planteado, así como con la información obtenida a través del instrumento de investigación.
- Ya que el conocimiento generado tiene implicaciones sociales y políticas, los mecanismos de divulgación deben ser claros, contextualizados y fundados en los datos obtenidos en el trabajo de campo.
- El equipo de investigación, la entidad ejecutora y las instancias patrocinadoras del estudio son consientes de que los resultados de la investigación serán insumo para la formulación de políticas públicas para el mejoramientos de las condiciones de vida de la población colombiana y para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

## VI. PRESUPUESTO<sup>67</sup>

PRESUPUESTO ENDS 2015					
ACTIVIDAD	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016	TOTAL
DISEÑO METODOLOGICO					
Total Diseño Metodologico	258.497.767	151.032.141			409.529.907
PRUEBA PILOTO					
Total Prueba Piloto		207.378.662			207.378.662
LEVANTAMIENTO DE MMS					
Total Levantamiento MM		1.043.155.282			1.043.155.282
ENTRENAMIENTO Y ALISTAMIENTO					
<b>FASE I</b>	<b>258.497.767</b>	<b>3.053.525.001</b>			<b>3.312.022.767</b>
TRABAJO DE CAMPO					
Total Trabajo de Campo			5.174.031.382		5.174.031.382
PROCESAMIENTO DE DATOS					
Total Procesamiento de Datos				123.247.790	123.247.790
<b>FASE II</b>			<b>5.174.031.382</b>	<b>123.247.790</b>	<b>5.297.279.172</b>
ANALISIS DE INFORMACIÓN					
Total Análisis de la información				245.055.509	245.055.509
DIFUSION DE LOS RESULTADOS					
Total Difusión de los resultados				680.216.975	680.216.975
<b>FASE III</b>				<b>925.272.484</b>	<b>925.272.484</b>
OTROS					
Total Otros	1.033.991	20.981.454	32.774.337	3.701.090	58.490.872
<b>TOTAL</b>	<b>259.531.758</b>	<b>3.074.506.454</b>	<b>5.206.805.719</b>	<b>1.052.221.364</b>	<b>9.593.065.294</b>

PRESUPUESTO ENDS 2015. APORTANTES								
ACTIVIDAD	MSPS	PROFAMILIA	UNFPA	USAID	ONUMJERES	OSI	DANE	TOTAL
DISEÑO METODOLOGICO								
Total Diseño Metodologico		391.357.767			17.690.140	482.000		409.529.907
PRUEBA PILOTO								
Total Prueba Piloto		154.861.995		52.416.667			100.000	207.378.662
LEVANTAMIENTO DE MMS								
Total Levantamiento MM	961.944.740	81.210.543						1.043.155.282
ENTRENAMIENTO Y ALISTAMIENTO								
<b>FASE I</b>	<b>2.339.387.053</b>	<b>717.146.908</b>	<b>184.800.000</b>	<b>52.416.667</b>	<b>17.690.140</b>	<b>482.000</b>	<b>100.000</b>	<b>3.312.022.767</b>
TRABAJO DE CAMPO								
Total Trabajo de Campo	4.781.648.310	275.063.259		104.833.333		4.050.000		5.174.031.382
PROCESAMIENTO DE DATOS								
Total Procesamiento de Datos	70.491.080	52.756.709						123.247.790
<b>FASE II</b>	<b>4.852.139.390</b>	<b>327.619.968</b>		<b>104.833.333</b>		<b>4.050.000</b>		<b>5.297.279.172</b>
ANALISIS DE INFORMACIÓN								
Total Análisis de la información	161.216.664	83.838.845						245.055.509
DIFUSION DE LOS RESULTADOS								
Total Difusión de los resultados	572.004.539	108.212.436						680.216.975
<b>FASE III</b>	<b>733.221.203</b>	<b>192.051.281</b>						<b>925.272.484</b>
OTROS								
Total Otros		58.490.872						58.490.872
<b>TOTAL</b>	<b>7.924.747.646</b>	<b>1.295.509.028</b>	<b>184.800.000</b>	<b>157.250.000</b>	<b>17.690.140</b>	<b>4.532.000</b>	<b>100.000</b>	<b>9.593.065.294</b>

<sup>67</sup> Ver anexo 9. Presupuesto desagregado

VII. CRONOGRAMA<sup>68</sup>

CRONOGRAMA GENERAL ENDS 2015																										
FASE	ACTIVIDAD	2014					2015												2016							
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6		
FASE I	Protocolo de investigación	■	■																							
	Prueba Piloto		■	■																						
	Levantamiento de MMS	■	■	■	■																					
	Alistamiento trabajo de campo					■																				
FASE II	Trabajo de campo						■	■	■	■	■	■	■	■	■											
	Procesamiento de la información							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■									
FASE III	Análisis de la información																			■	■	■				
	Socialización de resultados																						■	■	■	■

<sup>68</sup> Ver anexo 10. Cronograma desagregado

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

**Alta** Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Manual de transversalización del enfoque de género en el desarrollo, Bogotá, 2006.

**Brass**, William .Demographic Data Analysis in Less Developed Countries: 1946-1996. Population Studies, Vol. 50, No. 3. Nov., 1996, pp. 451-467.

**Cleland**, J. Demographic Data Collection in Less Developed Countries 1946-1996. Population Studies, Vol. 50, No. 3. Nov., 1996, pp. 433-450.

**Cleland**, J. y Verma V. (1989).The World Fertility Survey: An Appraisal of Methodology. Journal of the American Statistical Association, Vol. 84, No. 407 (Sep., 1989), pp. 756-767.

**Cleland**, J. y V. Verma. The World Fertility Survey: An Appraisal of Methodology. J: Journal of the American Statistical Association, Vol. 84, No. 407 (Sep., 1989), pp. 756-767

**Consejo** Nacional de Prevención y Control del Sida (CONASIDA). (1995). Informe de Actividades 1988-1994. Indicadores y Noticias de Salud. Noviembre-Diciembre de 1995. Vol 37. No. 6. México, 1995.

[http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1995/num%206/consejo%20nacional%20de%20prevencion.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1995/num%206/consejo%20nacional%20de%20prevencion.pdf)

**Corporación** Centro Regional de Población. Ministerio de Salud de Colombia. Demographic and Health Surveys. IRD. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. Colombia 1986.

**Defensoría** del Pueblo de Colombia. Informe Defensorial. Promoción y Monitoreo de los Derechos Sexuales y Reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual. Bogotá, 2008.

**Departamento** Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Condiciones de vida. Pobreza en Colombia. Informe 2011. En: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/cp\\_pobreza\\_2011.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/cp_pobreza_2011.pdf).

**Departamento** de Planeación Nacional. Colombia 2011. Informe de Seguimiento a los objetivos de Desarrollo del Milenio. Análisis Regional. En: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=B9ESuDjxwMM=&tabid=1157>

**Departamento** Nacional de Planeación. Colombia 2005. Conpes Social 91. En: <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=el4ljDmOr0Q%3D&tabid=340>

**Family** Planning Perspectives (1978).Family Planning Programs Found to be a Major Factor Behind Sharp Fertility Declines inLatin America and Asia. Family Planning Perspectives, Vol. 10, No. 1 (Jan. - Feb., 1978), pp. 41-42.

**Federación** Internacional para la Planificación Familiar –IPPF-. Derechos sexuales una declaración de la IPPF, 2010. En: [http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/files/Sexual\\_Rights\\_Declaration\\_Spanish.pdf](http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/files/Sexual_Rights_Declaration_Spanish.pdf).

**Feres**, Juan Carlos. y Medina, Fernando. Control de calidad en el diseño y ejecución de encuestas de hogares. Cepal. <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER1/13.pdf>

**Galvis**, Ligia. Comprensión de los derechos humanos. Bogotá: Ediciones Aurora, Bogotá, 2006.

**Gaviria**, Alejandro. Encuesta nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Ministerio de Salud y Protección Social y Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia., 2010.

**Hauser**, Philip. El dilema de La Población Mundial. Ediciones Troquel. Buenos Aires, 1967.

**Kishor**, Sunita and Subaiya, Lekha. 2008. Understanding Women's Empowerment: A Comparative Analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) Data. Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA. CR20 September 2008.

**Marckwardt**, Albert y Ochoa, Luis Hernando (1993). Población y Salud en América Latina. DHS/Macro International Inc. Columbia, Maryland, USA. OD2. Marzo 1993.

**Miro**, Carmen. América Latina, población y desarrollo. Carmen A. Miró; compiladores Brígida García y Dídimo Castillo. Siglo del Hombre Editores y Clacso. Bogotá, 2009.

**Ministerio** de Salud y Protección Social, Organización Internacional para las Migraciones –OIM-. Política Nacional de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá, 2014.

**Ministerio** de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, Bogotá. 2013

**Ministerio** de Salud y Protección Social. Documento confidencial en proceso de impresión. Capítulo 1. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, Bogotá, 2014.

**Ministerio** de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010. Análisis de Situación. Bogotá, 2012.

**Ochoa**, Luis e al. Corporación Centro Regional de Población – Ministerio de Salud de Colombia. Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Uso de anticoncepción. Colombia 1980. Resultados Generales. Bogotá, 1981.

**Organización** de las Naciones Unidas, CEPAL. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Montevideo 12 a 15 de agosto de 2013.

**Organización** de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Nueva York 1999. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N99/773/50/PDF/N9977350.pdf?OpenElement>

**Organización** Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Tomado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/). Consultado: 10/10/2013.

**Organización** Panamericana de la Salud. Salud Reproductiva: concepto e importancia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 39. Washington D.C. 1997. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3140/Salud%20reproductiva%20concepto%20e%20importancia.pdf?sequence=1>

**Profamilia**, Defensoría del Pueblo y Organización Internacional para las Migraciones –OIM-. Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos para la población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y sexual. Bogotá, 2008.

**Prada**, Nanci, et.al. ¡A mí me sacaron volada de allá!. Relatos de vida de mujeres trans desplazadas forzosamente hacia Bogotá”, Universidad Nacional de Colombia y Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012.

**Rutstein**, Shea O. and Kiersten Johnson. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports, 2004., No. 6.

**Serrano**, José Fernando, et al. Panorama sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Políticas Públicas en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas Escuela de Estudios de Género y Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos CLAM, Bogotá, 2010.

## **IX. ANEXOS**

## 9.1. Anexo 1. Equipo de Investigación Profamilia – ENDS 2015

HOJA DE VIDA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA ENDS 2015
<p><b>NOMBRE:</b> Claudia Patricia Gómez López  <b>NACIONALIDAD:</b> Colombiana  <b>CORREO:</b> cpgomez@profamilia.org.co</p>
PERFIL
<p>Cuenta con 10 años de experiencia en el campo de la investigación, diseño y seguimiento a políticas públicas sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva. Amplia experiencia en la formulación de líneas de acción para la promoción y garantía del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres. Trayectoria en la coordinación y generación de alianzas nacionales, internacionales e intersectoriales para el desarrollo de estudios cualitativos y cuantitativos con énfasis en salud sexual y salud reproductiva de poblaciones vulnerables. Experiencia en formulación de instrumentos de investigación, trabajo de campo, procesamiento y análisis de información.</p>
FORMACIÓN ACADÉMICA
<p><b>Maestría en Política Social</b>  Pontificia Universidad Javeriana  Tesis Meritoria. “La política pública como proceso dialógico: el caso de la despenalización del aborto en Colombia 1975 – 2006”. 2009</p> <p><b>Diplomado en Estadísticas e indicadores con perspectiva de género</b>  CANDANE – DANE. 2007</p> <p><b>Diplomado en Proyectos Editoriales</b>  Pontificia Universidad Javeriana. 2006</p> <p><b>Politóloga</b>  Universidad de los Andes. 2003</p>
EXPERIENCIA PROFESIONAL
<p><b>Profamilia</b>  Directora General de Investigaciones. 2011 - Actual</p> <p><b>Profamilia</b>  Directora de Estrategias Sociales. 2010 – 2011</p> <p><b>Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación</b>  Investigadora. Proceso de documentación de casos de violencia de género en el marco del conflicto armado. 2010</p> <p><b>Centro Nacional de Consultoría – OIM / Programa Integral de Violencias contra las Mujeres MDG-Found</b>  Coordinadora e investigadora. Línea de base sobre la tolerancia social e institucional a la violencia basada en el género. 2010</p> <p><b>MDG-Found / Organización Internacional para las Migraciones (OIM) / Acción Social</b>  Investigadora principal. Formulación del manual operativo del programa de prevención y atención a mujeres desplazadas víctimas de violencia sexual ordenado por la Corte Constitucional en Auto 092/08. 2009</p> <p><b>Profamilia</b>  <b>Investigadora.</b> Estudio: Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual. 2007 – 2009</p> <p><b>Women’s Link Worldwide</b>  Coordinadora General: Proyecto LAICIA: Litigio de alto impacto en Colombia: la inconstitucionalidad del aborto. 2004-2007</p> <p><b>Fondo de Población de Naciones Unidas</b>  Investigadora. Estado del Arte “Violencias en el ámbito doméstico”. 2004 – 2005</p> <p><b>Corporación Ecomujer</b></p>

Investigadora: Proyecto Cartografía de la Esperanza. 2004

### **PARTICIPACIÓN EN CONFERENCIAS**

III Conferencia Regional de CLACAI. Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. Bogotá, agosto de 2012.  
George Washington University. Latino Health Research Center. Department of Psychology. Workshop. Dissemination Strategies for the Qualitative Study on Barriers to HIV Testing among MSM in Bogotá. Washington, June 2012.  
II Congreso alternativas para la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe. Population Council. México, 2011

### **PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS DE TRABAJO**

“Factores protectores y factores de riesgo. Violencia basada en el género 2000-2010”. Serie de Estudios a Profundidad Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Coautora con Rocío Murad. Profamilia, Fondo de Población de Naciones Unidas, Departamento Nacional de Planeación, Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Colombia Joven, Fundación Hernán Echavarría, Fundación Corona, e Instituto de Ciencia Política, Ministerio de Salud y Proyección Social Bogotá, 2012

“Capítulo 13. Violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes”. Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud de Bogotá (EDDS – Bogotá). Profamilia y Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá. 2011

Encuesta en Zonas Marginadas. Salud Sexual y salud Reproductiva, desplazamiento forzado y pobreza 2000 – 2001. Coautora con Rocío Murad. Profamilia e USAID. Bogotá. 2011

“Cinco años de reconocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo: apuesta por un balance positivo y propositivo”. Revista En Otras Palabras No. 19, Grupo Mujer y Sociedad. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2011

Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia. Coautora con Marcela Sánchez Lara. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer UNIFEM, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Programa Integral contra Violencias de Género, Fondo de Naciones Unidas y el Gobierno de España para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGF), Bogotá. 2010.

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Un derecho para las mujeres: la despenalización del aborto en Colombia. Bogotá. 2009

Informe Defensorial: Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual Defensoría del Pueblo, (Investigadora). Bogotá. 2008

Guía para la formación en DSR para la población en situación de desplazamiento con énfasis en violencias sexual e intrafamiliar. Defensoría del Pueblo y Profamilia, (Coordinación editorial). Bogotá. 2007,

“Visibilizar, Influenciar y Modificar: Despenalización del aborto en Colombia”, en: Revista Nómadas No. 24, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos, Universidad Central. Bogotá, 2006

*Despenalización del Aborto no es Legalización del Aborto*. Women’s Link Worldwide, (Editora). Tercer Mundo Editores. Bogotá, 2006

## HOJA DE VIDA. COORDINACIÓN GENERAL DE LA ENDS 2015

**NOMBRE:** Ana Vega  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** ends2015@profamilia.org.co

### PERFIL

Ingeniera de Sistemas, actualmente es Coordinadora de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2015. Experta en procesamiento de datos de encuesta y en evaluación y supervisión de proyectos.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

**Ingeniera de Sistemas y Computación**  
Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá, Colombia. 1981

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### Profamilia

Coordinadora de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2015. 2012 a la fecha  
Coordinadora de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2010. 2008 -2011  
Directora de Evaluación e Investigación. 1995 – 2008  
Asistente de Investigación. 1978 - 1994

### PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

Procesamiento de datos:

- Encuesta Distrital de Demografía y Salud - (EDDS). Bogotá-2011
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud - (ENDS). Colombia-2010
- Encuesta Salud Reproductiva Población Indígena del Chocó. 2008
- Estudios a Profundidad. ENDS Colombia-2005
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud - (ENDS). Colombia-2005
- Investigación de Mercado. Percepción de Profamilia entre personas particulares y usuarios. 2003
- Estudios a Profundidad. ENDS Colombia-2000
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud - (ENDS). Colombia-2000
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud - (ENDS). Colombia-1995
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud - (ENDS). Colombia-1990

### PARTICIPACIONES RECIENTE EN TALLERES Y SEMINARIOS

Metodología de entrevistas cognitivas. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a través del. Centro Andino de Altos Estudios (CANDANE). Bogotá, agosto 2013

Fortalecimiento de las Habilidades de Comunicación e Incidencia para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA). Bogotá, abril 2013

Las estrategias de difusión para el Estudio Cualitativo sobre obstáculos para la Prueba del VIH entre los HSH en Bogotá. Universidad George Washington. Centro Latinoamericano de Investigación en Salud. Departamento de Psicología. Washington, junio de 2012.

Herramientas de Gestión de Microdatos – Base de Metainformación. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a través del. Centro Andino de Altos Estudios (CANDANE). Bogotá, noviembre de 2011

Entrenamiento sobre Estudios de Voluntad de Pago de Clientes Jóvenes. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Lima, Perú. 2003

### **CONSULTORÍAS**

Consultora Internacional para el procesamiento de información del estudio de “Oferta y demanda de servicios de salud sexual y reproductiva con el objeto de determinar la posible ubicación de una clínica piloto de CEPEP”. Paraguay

### **PUBLICACIONES**

Investigación Operacional sobre los diferentes enfoques para el ofrecimiento de servicios vasectomía en Colombia. 1990.

## HOJA DE VIDA. MUESTRISTA MMS Y ENDS 2015

**NOMBRE:** Rocío Murad  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** [rmurad@profamilia.org.co](mailto:rmurad@profamilia.org.co)

### PERFIL

Estadística con especialización en demografía y candidata a magister en Geografía. Actualmente es Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Sociodemográficas de Profamilia. En sus publicaciones recientes ha tratado la salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de desplazamiento forzado y pobreza, la distribución espacial de la población en Colombia y la migración internacional en el área Andina.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### **Candidata a Maestría en Geografía**

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. En Tesis

#### **Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico**

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). XIX. Santiago de Chile. 1996

#### **Estadística**

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1991

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### **Profamilia**

Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Socio Demográficas. Planeación, coordinación y ejecución de proyectos de evaluación e investigación. Diseño y selección de muestras probabilísticas incluyendo el análisis de cobertura y el cálculo de errores de muestreo. Entrenamiento y dirección de trabajo campo en levantamiento cartográfico y encuestas por muestreo. Exploración y análisis estadístico y demográfico de información. Bogotá. 1987 - Actual

### INVESTIGACIONES RECIENTES

Tercera encuesta y evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en población de bajos recursos y población desplazada: diseño y selección de la muestra, dirección del trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información. Abril-Julio 2011.

Evaluación del Programa de servicios amigables para jóvenes en el marco de la política nacional de salud pública. Alcaldía de Cartagena-Profamilia. Enero- Julio 2011.

Primera encuesta del programa Familia Responsable. Fundación Fraternidad-Profamilia. Barrio la Cruz-Medellín: diseño y selección de la muestra, dirección del trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información Octubre 2010.

Segunda encuesta y evaluación de impacto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en población vulnerable de la Región Pacífica de Colombia: diseño y control de la muestra, dirección del trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información. Noviembre 2010-junio 2011.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia (ENDS-2010) y Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN-2010): diseño, selección de la muestra, levantamiento cartográfico, control de cobertura. Diciembre 2008- Enero 2011.

Programa Integral de Salud Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Instituciones de Educación Distrital de la Localidad de Engativá: evaluación de resultados. Marzo-Enero 2011.

Evaluación Intermedia del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Salud Básica Familiar en comunidades desplazadas por la violencia en Colombia en los municipios de Ibagué y Villavicencio: diseño y control de muestra, dirección de trabajo de campo, análisis de la información. Octubre-Diciembre 2009.

Línea de base del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en población vulnerable de la Región Pacífica de Colombia: diseño y control de la muestra, dirección del trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información. Octubre 2007-Junio 2008.

Diagnóstico sobre Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas del Departamento del Chocó: diseño y control de la muestra. Bogotá, Febrero–Abril 2008.

Encuesta en la Marcha de la Ciudadanía LGBT en Bogotá -2007: asesoría Metodológica, dirección del trabajo de campo, procesamiento y análisis descriptivo. (Mayo–Septiembre 2007).

Evaluación del Programa Hogares Comunitarios del ICBF: diseño, coordinación del levantamiento de la muestra y control de la muestra. Marzo 2006–Agosto 2007.

Documentación en Mejores Prácticas en Programas de Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes. Septiembre 2004-Diciembre 2006.

Evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en población de bajos recursos y población desplazada: diseño y selección de la muestra, dirección del trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información. Octubre 2000-Junio 2006.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS-2005 y submuestra para la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN-2005: adecuación y actualización de la muestra; cálculo de errores de muestreo. Enero 2004–Noviembre 2005.

Investigación sobre Violencia Basada en Género en las mujeres desplazadas por el conflicto armado en Cartagena: diseño y control de la muestra, codirección del trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información. Julio-Diciembre 2003.

Evaluación del Proyecto Madres Gestantes Bebes Sanos y Deseados. Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito- Profamilia. Febrero–Marzo de 2003.

Evaluación del Programa Taller de Formación en las Temáticas de Género, Derechos Humanos, Delitos Sexuales Y Conciliación dirigidos a Profesionales, Técnicos y Técnicas del Departamento Administrativo de Bienestar Social Del Distrito DABS. Diciembre-Marzo de 2003.

Evaluación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Salud Básica Familiar en comunidades desplazadas por la violencia en Colombia en los municipios de Cartagena y Soacha: diseño y control de muestra, dirección de trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información. Octubre-Diciembre 2002.

Encuesta Nacional de Medios de Comunicación para Programas de Salud: elaboración de instrumentos, dirección del trabajo de campo. Diciembre 2001–Mayo 2002.

Servicios de información y atención en salud sexual y reproductiva para la prevención del embarazo en adolescentes desplazados por la violencia y población receptora en los municipios de Barranquilla y Cartagena: diseño y control de muestra, dirección de trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información. 2001-2003.

Evaluación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Salud Básica Familiar en comunidades desplazadas por la violencia en Colombia: diseño y control de muestra, dirección de trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información. 1999-2003.

#### **PARTICIPACIONES RECIENTE EN SEMINARIOS**

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Taller Regional sobre “Creación de bases de datos y desarrollo de aplicaciones Redatam + SP X Plan para la disseminación de información”. Santiago de Chile. 2012.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Taller Regional sobre “Uso y procesamiento de datos censales para la generación de indicadores sociodemográficos utilizando Redatam”. Santiago de Chile. 2012.

Federación Internacional de la Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO). Taller de Evaluación, Documentación, y Disseminación de Mejores Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva con Jóvenes en México y América Latina. México D.F. 2005.

Wellesley Centers for Women. International Research & Action Conference: Innovations in Understanding Violence Against Women. Wellesley, Massachusetts. 2004.

#### **CONSULTORÍAS RECIENTES**

##### **Unicef**

Consultora regional en muestreo probabilístico para las encuestas MICS. 2012

##### **OPS, Fundación Salutia, Centro de Investigaciones Económicas, de Gestión y Tecnologías en Salud y Protección Social**

Revisión los lineamientos de la muestra para la evaluación rápida de coberturas de vacunación contra el Sarampión y la Rubeola. Julio– Septiembre 2010.

##### **Enlace Administrativo Synergia Unisabana UT – Minprotección**

Propuesta de Diseño y Marco de Muestreo para la Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de los Usuarios de IPS en Colombia. Noviembre 2009–Diciembre 2010.

##### **Instituto de Desarrollo Urbano (IDU)**

Estadística del equipo de Consultoría para la Conceptualización de una Metodología de Evaluación del Impacto de las Obras de Infraestructura Urbanística del IDU. Bogotá, Febrero-Julio 2008.

##### **Corporación Centro Regional de Población (CCRP)**

Muestra para la Evaluación del programa de Subsidios condicionados a la Asistencia de la Secretaría Distrital de Educación. Bogotá, Febrero-Mayo 2008.

##### **Universidad Nacional de Colombia, Centro de Extensión Académica**

Análisis de la migración hacia Bogotá. Febrero-Junio 2006.

##### **Universidad Nacional de Colombia, Centro de Extensión Académica – DABS**

Componente Demográfico del Plan Maestro de Equipamientos de Bienestar Social para Bogotá 2004-2017. Bogotá, D.C. Febrero-Octubre 2005.

#### **PUBLICACIONES RECIENTES**

Rocío Murad, Claudia Gómez. Encuesta en Zonas Marginadas 2011. Salud Sexual y Reproductiva. Desplazamiento forzado y pobreza 2000 -2011. USAID, Profamilia. Bogotá, Septiembre 2011.

Elizabeth Castillo, Mauro Brigeiro y Rocío Murad. Encuesta LBGT. Sexualidad y Derechos. Participantes de la Marcha de la Ciudadanía LBGT – Bogotá. 2007. Profamilia, Grupo de Estudios de Género, Sexualidad y Salud en América Latina de la Universidad Nacional (Gessam) - Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos. Bogotá. 2009.

Gabriel Ojeda, Rocío Murad. Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas. Situación de las Mujeres Desplazadas. 2005. PROFAMILIA. Colombia. Junio 2006.

Rocío Murad. Estudio sobre la Distribución Espacial de la Población en Colombia. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Serie Población y Desarrollo. Número 48.

<b>HOJA DE VIDA. COORDINADORA TRABAJO DE CAMPO ENDS 2015</b>
<b>NOMBRE:</b> Marcela Sánchez <b>NACIONALIDAD:</b> Colombiana <b>CORREO:</b> <a href="mailto:msanchez@profamilia.org.co">msanchez@profamilia.org.co</a>
<b>PERFIL</b>
Ingeniera de Sistemas, actualmente es Coordinadora de la Unidad de Gestión de Conocimiento de Profamilia. Experta en evaluación y supervisión de proyectos, procesamiento de datos, dirección del trabajo de campo de encuestas y elaboración de formularios para encuestas
<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>
<b>Ingeniera de Sistemas</b> Escuela Colombiana de Ingeniería. Bogotá, Colombia
<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>
<b>Profamilia</b> Coordinadora de la Unidad de Gestión de Información del Departamento de Investigaciones. 2010 a la fecha Asistente de Evaluación e Investigación. 1990 – 2010
<b>PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES</b>
<u>Directora del trabajo de campo y supervisión de la crítica, codificación y grabación de la información</u> Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Comportamiento Sexual de los Adolescentes en seis ciudades de Colombia. 1994 Encuesta Nacional de Desplazados en Pasto y Medellín. 2003 Encuesta Nacional de Desplazados en Sincelejo y Aguablanca (Cali). 2004 Evaluación de Impacto de los Hogares Comentaríos de Bienestar Familiar. 2006-2007 Análisis de las condiciones de vulnerabilidad de la población indígena del Chocó. 2008 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000 (apoyo a la directora) Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010 Encuesta de la Situación Nutricional en Colombia. 2010 Encuesta Distrital de Demografía y Salud – Bogotá. 2011  <u>Procesamiento de Información</u> Estudio Implantes Subdérmicos. Population Council. 1990 Estudio Implantes Subdérmicos. PROFAMILIA. 1990 Estudio Post-Mercadeo de Norplant. OMS. 1990-1995 Primera Encuesta de Adolescentes. Centro para Jóvenes. 1991 Estudio de Calidad de los Servicios y Satisfacción de los Usuarios. Barranquilla. 1991 Encuesta sobre Capacidad Hospitalaria Instalada. 1993 Encuesta Poblacional sobre Satisfacción de los Servicios Médicos que Recibe. 1999 Evaluación de talleres de capacitación del Proyecto Lottery. 2001 Encuesta sobre Nivel Socioeconómico de los Usuarios de PROFAMILIA. 2002  <u>Supervisión de la crítica, codificación y grabación de la información</u> Estudio sobre Conocimientos Actitudes y Comportamiento Sexual de los Adolescentes. Tumaco. 1995

Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995.  
Evaluación del impacto de los Hogares de Bienestar Familiar - 1996

Preparación de cuestionarios

Proyecto sobre Salud Sexual y Reproductiva y Salud Básica Familiar en Cartagena. 1998  
Proyecto sobre Salud Sexual y Reproductiva con Adolescentes. 1999  
Encuesta Poblacional sobre Satisfacción de los Servicios Médicos que Recibe. 1999  
Evaluación de talleres de capacitación del Proyecto Lottery. 2001

Evaluación de proyectos

Evaluación de la calidad de atención de los usuarios de la clínica de Medellín. 1996  
Estudio de la Calidad de los Servicios Ofrecidos en las Clínicas de Profamilia. 1999

**PARTICIPACIONES RECIENTE EN SEMINARIOS**

Manejo operativo y reportes con SPSS. SPSS Training and Education Services. Bogotá, Colombia.

Herramientas de Gestión de Microdatos – Base de Metainformación. DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá, Colombia

Creación de bases de datos y desarrollo de aplicaciones Redatam+SP xPLAN para la disseminación de información. CELADE. Santiago de Chile, Chile.

Uso y procesamiento de datos censales para la generación de indicadores sociodemográficos utilizando Redatam. CELADE. Santiago de Chile, Chile.

**CONSULTORÍAS**

Consultora Internacional para el procesamiento de información del estudio de “Oferta y demanda de servicios de salud sexual y reproductiva con el objeto de determinar la posible ubicación de una clínica piloto de CEPEP”. Paraguay

## HOJA DE VIDA. ASESOR TÉCNICO DE ICF INTERNATIONAL ENDS 2015

**NOMBRE:** Guillermo Rojas  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** guillermo.rojas@icfi.com

### PERFIL

Has 25 years of experience with Macro International Inc., which was acquired by ICF International in 2009. He is an engineer with more than 35 years of experience in computer science and survey data processing. He has provided data processing technical assistance and training for more than 20 surveys. Since the early stages of the Demographic and Health Surveys (DHS) program, Mr. Rojas has been involved in the design and development of the data processing methodology that is currently being used to process and analyze DHS surveys. He has written most of the master programs necessary to implement the evolving data processing methodology. As chief of the Data Processing group, he coordinates all DHS data processing activities, including supervising staff and consultants, to ensure the accuracy and quality of the processes being implemented.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

M.S., Business Administration, Johns Hopkins University, 1990  
M.C.S., Computer Sciences, Los Andes University (Colombia), 1982  
B.S., Civil Engineering, La Gran Colombia University (Colombia), 1975

### FORMACIÓN Y CERTIFICACIONES

CONCOR and COCENTS, Panama, Ministry of Health, 1976, supported by the World Fertility Survey

IBM Assembler Language, Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Demografía, 1976, supported by the United Nations

Introduction to Burroughs and Microcomputers, North Carolina, International Fertility Research Program, 1978 and 1982

CICS (System to develop interactive applications on IBM mainframes), IBM of Colombia, 1984, supported by Occidental Petroleum of Colombia

C/C++, Visual Basic for Applications, RAMIS (Hierarchical database management system), Cobol, SPSS, and OSIRIS, taken at different times and supported by different institutions

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

ICF International, Chief of Data Processing, 2009–Present; Macro International Inc., Chief of Data Processing, 2003–2009; Deputy Chief of Data Processing, 1994–2003; Senior Systems Expert, 1987–1994. For the DHS program, Mr. Rojas coordinates all DHS data processing activities, including supervising staff and consultants, to ensure the accuracy and quality of the processes being implemented. He participates in the design and development of the CSPro software, developed jointly by ICF, the U.S. Census Bureau, and SERPRO from Chile. Mr. Rojas developed the Computer Assisted Personal Interview (CAPI) system currently used by DHS to collect data using laptop computers, Personal Data Assistants (PDAs) and tablet computers. He implemented two rounds of DHS in Colombia, the first round of the continuous survey in Peru and participated in the DHS in

Albania using this system. He also finalized the Computer Assisted Field Editing (CAFE) system and used it in the 2012 survey in Pakistan. Mr. Rojas has provided numerous training courses as part of the DHS program in the areas of data utilization, tabulations and CSPro applications. He oversees the data archive, including the distribution of data through the DHS Web site. He was involved in the design, development, and maintenance of STATcompiler. He was also involved in the design and development of the DHS data processing methodology and wrote most of the standard programs used to implement it. Mr. Rojas wrote specialized software to produce camera-ready tables, calculate sampling errors, and run cross-country analyses, and he is responsible for the development of standard applications. He also provides data processing assistance to countries.

Occidental Petroleum Corporation, Bogota, Colombia; Systems Analyst; 1985–1987. Mr. Rojas was a project leader of a cost-control system. His duties involved the analysis, design, and implementation of a database system used to control the budgets of various company departments. The system interfaced the accounts payable, purchasing, and general ledger applications. Other subsystems, such as transportation, service orders, and contracts, were also developed as part of this system. The system was implemented on an IBM-4381 mainframe using primarily RAMIS, COBOL, and CICS programming languages.

Corporación Autónoma Regional (CAR), Bogota, Colombia; Director of Systems Division, 1983–1985. Mr. Rojas was in charge of migrating several applications from an IBM onto a Burroughs computer. The payroll, inventory, taxes, and general ledger applications were converted from a batch environment to an online environment. Interfaces with DMS II (Burroughs' database software) were developed to query the master files of those applications. In conjunction with the planning division, an information system was created to store, retrieve, and aggregate environmental, demographic, and economic data on the region in which CAR had jurisdiction.

Corporación Centro Regional de Población (CCRP), Bogota, Colombia; Chief of Data Processing Section, 1973–1981. Mr. Rojas served as the programmer for several projects carried out by agreements among CCRP and different national and international agencies, including DANE, the Ministry of Health, the World Bank, the International Statistical Institute, Westinghouse, the International Fertility Research Program, and the Ford Foundation. He was also the programmer for various mathematical and economic models.

## EXPERIENCIA RELEVANTE

Has worked in the following countries: Albania, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, the Dominican Republic, Ecuador, Guatemala, India, Indonesia, Jordan, Kenya, Mozambique, Namibia, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Pakistan, Peru, the Philippines, South Africa, Syria, Tanzania, Thailand, Trinidad and Tobago, Zambia, and Zimbabwe.

Has taught the following classes:

Introduction to CSPro, National Statistical Office (ONE), Dominican Republic, June 2008

UNICEF, Data Processing for the World Summit for the Children, Syria, April 2000; Dominican Republic, June 2000; and Colombia, November 2000

DHS Data Structures and Manipulation, Brazil, April 1996; Dominican Republic, November 1997; Nicaragua, May 1999; India, September 2001; Honduras January 2013

Computers and Programming, Colombian Medical School, 1984

Statistical Packages, Javeriana University FEI, Postgraduate Programs in Health Administration and Demography, 1982 and 1983

Introduction to Programming Techniques, Universidad de los Andes, Computer Sciences Department, 1981 and 1982

Quantitative Techniques, Universidad de los Andes, postgraduate program in Regional Development, 1981

## **PUBLICACIONES SELECCIONADAS Y PRESENTACIONES**

### **Publications**

Boerma, J. T., Sommerfelt, A. E., Rutstein, S. O., & Rojas, G. (1990). *Levels, trends, and differentials. DHS comparative studies, no. 1*. Columbia, MD: Institute for Resource Development.

Rojas, G. (1984). *The data processing of the National Health Study of 1986*. Columbia: Ministry of Health and National Institute of Health.

### **Presentations**

Rojas, G. (2008). DHS Data Collection Model Using PDAs, 7th International Conference on Social Science Methodology, September, Naples, Italy.

Rojas, G. (2005, 2007). Three presentations on CPro, DHS CAPI surveys and use of PDAs. FEDCASIC, sponsored by the U.S. Department of Labor and Statistics and the Census Bureau, Washington, DC.

Rojas, G. (2001). Important statistics and DHS Data structures. Presented at the IUSSP conference, August, Salvador, Brazil.

Rojas, G., & Aliaga, A. (1993). Sampling errors in the Integrated System for Survey Analysis (ISSA). Paper presented at the American Statistical Association Conference, August, San Francisco.

Cantor, D., & Rojas, G. (1991). Future prospects for survey processing: Technologies for data collection. Paper presented at the Demographic and Health Surveys World Conference, August, Washington, DC.

Rojas, G. (1982). System to query time series. Paper presented at the ninth Latin American Computer Conference, August, Lima, Peru.

## HOJA DE VIDA. INVESTIGADOR ENDS 2015 (1)

**NOMBRE:** Ciro Martínez  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** clmgpers@gmail.com

### PERFIL

Economista y doctor en Demografía. Fue director General de Censos en el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y es docente e investigador en Población y Desarrollo. Entre sus principales áreas de investigación están la integración de variables poblacionales e información socio-demográfica en las políticas y programas sociales; migración, movilidad y urbanización; transición demográfica, envejecimiento y transferencias inter-generacionales

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### **Doctor en Demografía**

Universidad Autónoma de Barcelona, Centro de Estudios Demográficos. Departamento de Geografía Humana. Barcelona, España.

Tesis doctoral: *"Las migraciones internas en Colombia, Análisis Territorial y Demográfico según los censos de 1973 y 1993*. Calificación: *Sobresaliente CUM LAUDE* (Nota máxima). 2002

Memoria suficiencia investigativa: *"Tendencias de la movilidad y áreas de relación migratoria interna en Colombia"*. Calificación: *Matrícula de Honor* (nota máxima). 2000

#### **Postgrado en Población y Planificación del Desarrollo**

Universidad de la Habana, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM). Programa de Población y Planificación del Desarrollo. La Habana, Cuba. 1986

#### **Master en Demografía**

Naciones Unidas - Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Programa de Demografía y Ciencias Sociales de la Población. Santiago, Chile.

Memoria: *"Migración y Estructura Agraria en el Alto Paraná, Paraguay"*. Calificación: *Aprobado con Mérito* (Nota máxima). 1982

#### **Postgrado. Curso de Análisis Demográfico Básico**

Naciones Unidas - Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Santiago, Chile. 1980

#### **Economista**

Universidad del Valle. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Cali, Colombia. 1976

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### **Celade, División de Población de la Cepal, Santiago de Chile.**

Consultor Internacional en Población y Desarrollo. 2007 - presente

#### **Fondo de Población de Naciones Unidas, Oficina de Colombia, Bogotá**

NPP Asesor en Población y Desarrollo. 2002 - 2007

#### **Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Bogotá, Colombia.**

Director de Censos. 1997 - 1998

#### **Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, Colombia.**

Jefe de la División de Indicadores y Orientación del Gasto Social. Experto en comisión en la Misión de Apoyo a la Descentralización y Focalización (Misión Social). Asesor de la División de Población.

1989 - 1997

#### **Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Bogotá y Cali, Colombia.**

Jefe División de Demografía, Coordinador de Encuesta Nacional de Hogares. Profesional especializado (Bogotá).

Director Regional (encargado), Asistente Administrativo Regional (Cali). 1978 - 1989

Banco Popular, Cali, Colombia.

Promotor Industrial. Becario: Julio diciembre de 1976. Contratado: Enero-diciembre de 1976.  
**Holguines Ltda**, Cali, Colombia.  
Asistente de investigación. 1975

### CONSULTORÍA INTERNACIONAL

#### **Universidad Autónoma de Barcelona**

Parte del equipo de investigación del proyecto: *“De la complementariedad a la exclusión? Análisis sociodemográfico del impacto de la crisis económica en la población inmigrada”* en el marco del Programa Nacional de Proyectos de Investigación Fundamental, VII Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica de España, a realizarse entre 2012 y 2015

**Fondo de Población de Naciones Unidas**, Oficina del Perú.

Consultor para la realización del documento “Bono demográfico regional para el Perú”. Mayo-octubre 2011

**Fondo de Población de Naciones Unidas**, Oficina de Colombia.

Consultor para dar asistencia técnica al DANE para la medición de la migración internacional y para la realización de los documentos: “Colombia: migración internacional, propuestas para su medición y monitoreo” para el DANE y “Remesas en Colombia en el contexto de la crisis” para publicación por el UNFPA New York. Octubre 2010 - marzo 2011

**Fondo de Población de Naciones Unidas**, Nueva York.

Consultor. Elaboración de propuesta del Plan Estratégico Regional 2008-2011 del UNFPA en el área de Población y Desarrollo. Enero- febrero de 2008

**Fondo de Población de Naciones Unidas**, Oficina de Perú.

Consultor para una evaluación inicial acerca de la pertinencia de una estrategia de fomento de las ciudades intermedias en el Perú. Lima, Diciembre 11-14 de 2007

**Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**, Quito, Ecuador.

Consultor Proyecto ECU/80/P04; Asistencia Técnica a la Secretaría General de Planificación del CONADE para establecer las bases de una Política de Población. Noviembre 1984 - marzo 1985

### CONSULTORÍA NACIONAL

**Profamilia**, Bogotá, Colombia.

Consultor para la elaboración de los estudios: “Fecundidad, participación laboral de la mujer y pobreza en Colombia” y “Descenso de la fecundidad y bono demográfico para Colombia”, dentro del conjunto de estudios a profundidad de las ENDS 1990-2010. 2012.

**Econometría Ltda**, Bogotá, Colombia.

Consultorías en Modelo Urbano para proyectar viviendas y empleo por microzonas del Área Metropolitana de Cali; Proyecciones de Población, Vivienda y Demanda de Agua por microzonas de la ciudad de Barranquilla; Proyecciones localizadas por microzonas de población, viviendas y demanda de agua en la zona de influencia del Río Tunjuelito, para saneamiento ambiental y control de crecientes. Elaboración de series de información sobre Empleo. Enero 1988 - octubre 1997

**Project Ltda**, Bogotá, Colombia.

Consultor Estudio para el Instituto de los Seguros Sociales sobre incidencia y localización espacial del riesgo de enfermedades laborales en Bogotá. Estudio para el Ministerio del Trabajo sobre tendencias y proyecciones del mercado laboral rural en Colombia. 1996

**Senalde. Econometría y OIT**, Bogotá, Colombia.

Consultor en estudio sobre evolución del mercado de trabajo en Colombia. 1995

**Fundación Santa Fe**, Bogotá, Colombia.

Consultor para evaluación del servicio de salud para los trabajadores de la empresa Cementos Samper en la Calera (Bogotá). Marzo 1993

**Corporación Centro Regional de Población**, Bogotá, Colombia.

Investigador en el proyecto Tercera Edad y participación en la elaboración del Estudio “Aspectos Demográficos del Desarrollo Fronterizo”, publicado en el Boletín del DANE No. 412. Participación en estudios sobre Carga de Enfermedad. Varias fechas. 1988-1989

## **PONENCIAS RECIENTES**

Profamilia, Bogotá, Colombia. Presentaciones de los trabajos: "Fecundidad, participación laboral de la mujer y pobreza en Colombia" y "Descenso de la fecundidad y bono demográfico para Colombia". Marzo 6 de 2013

Fondo de Población de las Naciones Unidas Perú, El bono demográfico regional y transferencias intergeneracionales en el Perú, en el Congreso de la Asociación de Población y Demografía del Perú. Diciembre 3 de 2011

Fondo de Población de las Naciones Unidas Colombia, DANE. Presentación del documento: "Migración internacional de Colombia, propuesta para la medición y monitoreo". Marzo 2010

Asociación Venezolana de Estudios de Población (AVEPO), Universidad Central de Venezuela y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Seminario Internacional Ciudades más sostenibles para América Latina,. Ponencia: Marco de derechos y enfoque poblacional en la planeación del desarrollo territorial. Caracas 4 y 5 de noviembre de 2008

Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES) y Fondo de Población de las Naciones Unidas Ecuador. Seminario Andino Dinámica Poblacional, Planificación y Políticas Públicas.. Ponencia: Población, derechos humanos y políticas públicas. Quito, 26-27 noviembre 2008

Universidad Academia de Humanismo Cristiano – UNESCO – OXFAM, Seminario Migrantes en Chile, Perfiles y Trayectos. Ponencia: Perfil Sociodemográfico de los migrantes colombianos en Chile. Santiago de Chile 7-8 de noviembre 2007

Lanzamiento del Estado Mundial de la Población y Documento Nacional sobre el tema de tendencias de la urbanización. Organizador. Ponencia: Ciudad, Espacio y Población, el proceso de Urbanización en Colombia. Bogotá, Junio 29 de 2007

CELADE, Reunión de expertos sobre insumos sociodemográficos para la gestión y el desarrollo local. Comentarista. Santiago de Chile, 27-28 octubre 2005

Fondo de Población de Naciones Unidas: Población, Pobreza y Equidad. Foro de discusión con motivo del Día Mundial de la Población 2005. Organizador y ponente. Bogotá Julio 8 de 2005

Fondo de Población de Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Población Pobreza y Desarrollo. Foro con motivo del Día Mundial de la Población. Organizador y ponente. 2004

Universidad Externado de Colombia- Fondo de Población de Naciones Unidas, Foro Latinoamericano sobre Nuevos Métodos para Censos de Población.. Organizador y ponente. Bogotá, 18 y 19 de noviembre de 2004

DANE, Ministerio de Relaciones Exteriores, Alianza País. Seminario sobre Migración Internacional, el Impacto y las Tendencias de las Remesas en Colombia. Ponente. Bogotá, 10-11 de noviembre de 2004.

## **PUBLICACIONES RECIENTES**

"Ciclos recesivos, remesas de los emigrantes y desarrollo: Colombia y el contexto latinoamericano". Barcelona, Agosto 2013 (publicación en preparación)

"Fecundidad, participación laboral de la mujer y pobreza en Colombia". Profamilia, Bogotá, 2013 (Documento en preparación)

“Descenso de la fecundidad y bono demográfico para Colombia”, Profamilia, Bogotá, 2013 (Documento en preparación).

*Bono demográfico regional para el Perú*, UNFPA, Perú, 2012

“Déficit de ciclo de vida y transferencias intergeneracionales en el Perú”. En *Revista Notas de Población* CEPAL/CELADE, No. 94, Santiago de Chile, junio 2012

“Una realidad vacilante: Migración y remesas en Colombia, en el contexto de la crisis”. UNFPA, Proyecto RIVAF, New York.

“Perfil socio demográfico de los migrantes colombianos en Chile”, en: *Migrantes en Chile, Perfiles y trayectos*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile, 2007

“Características demográficas de las migraciones. Análisis de los censos colombianos de 1973 y 1993” En: *Colombia: Migraciones Transnacionalismo y Desplazamiento*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2007

*Las Migraciones Internas en Colombia: Análisis Espacial y Demográfico con base en los Censos de 1973 y 1993*. Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2006

“Perfil sociodemográfico de la población Migrante”. En: *Memoria del Seminario: Migración Internacional, el Impacto y las Tendencias de las Remesas en Colombia*. Colombia Nos Une, DANE, UNFPA, otros. Bogotá, Abril 2005. ISBN: 958-33-7542-X

*Guía Metodológica 1: Elementos Poblacionales Básicos para la Planeación*, Serie Población, Ordenamiento y Desarrollo. MAVDT-UNFPA, Bogotá, Julio 2004. ISBN: 958-97393-7-7

*Guía Metodológica 2: Elementos Poblacionales para el Ordenamiento Territorial*, MAVT-UNFPA, Bogotá, Julio 2004. ISBN: 958-97393-7-7

“Hacia la consideración integral de las relaciones entre la población y el territorio en Colombia”, *Aula Abierta: Habitat Sostenible y Vivienda*. Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial-UNFPA, Bogotá, Julio 2003. ISBN 958-9487-494

### HOJA DE VIDA. INVESTIGADORA ENDS 2015 (3)

**NOMBRE:** Carmen Elisa Flórez  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** Carmene.florez@gmail.com

#### PERFIL

Doctora en Economía con Investigación Post Doctoral en el Centro de Investigaciones de Población de la Universidad de Chicago. Profesora de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes, fue Directora e Investigadora del Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico –CEDE-. Actualmente es investigadora y consultora independiente.

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

**Post-doctoral fellow, Population Research Center**

The University of Chicago. 1987

**Ph.D. en Economía**

Princeton University. 1983

**Certificado en Demografía**

Princeton University. 1979

**Magister en Economía**

Universidad de los Andes. 1977

**Economista**

Universidad de los Andes. 1976

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

**Independiente**

Consultora Especialista. Julio, 2011 – actual

**Universidad de Los Andes. Facultad de Economía - Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE**

Directora Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes (ELCA). Octubre 2008 – Junio 2011

**Universidad de Los Andes. Facultad de Economía - Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE**

Profesora – Investigadora. Agosto 1992 – Junio 2010

**Princeton University, Office of Population Research**

Investigador Visitante. Agosto-Diciembre 2001

**Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE**

Directora XVI Censo Nacional de Población y Vivienda. Octubre 1990 - Junio 1992

**Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE**

Directora. Abril 1989 - Septiembre 1990

**Universidad de los Andes. Facultad de Economía - Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE**

Profesora – Investigadora. Enero 1983 - Marzo 1989

#### PUBLICACIONES RECIENTES

“Fecundidad y familia en Colombia: hacia una segunda transición demográfica?”. Coautor con Lina Maria Sánchez. Documento de trabajo. Profamilia: estudios a profundidad de las ENDS. (en revisión). 2012

“Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia”. Coautor con Victoria Soto. Documento de trabajo. Profamilia: estudios a profundidad de las ENDS. (en revisión). 2012

“Diagnóstico e inequidades de la salud materno-infantil en Colombia: 1990-2010”. Coautor con Adriana Camacho. En: La Salud en Colombia: Logros, metas y recomendaciones (Oscar Bernal y Catalina Gutierrez: Compiladores). Ediciones Uniandes. Cap. 2: pp. 67-80. 2012

“Acceso y uso de servicios de salud y estado de salud” Coautor con Jorge Luis Castañeda. En: Colombia en Movimiento. Un Análisis descriptivo basado en la Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes ELCA. Cap. 4, pp. 65-79. 2011

“Cambios entre cohortes en la transición a la adultez”. Coautor con Victoria Soto. Capítulo de Libro: Piedad Urdinola (Ed), Universidad Nacional. Pp. 26. En prensa. 2011

“ Nota técnica sobre embarazo adolescente en Colombia”. Documento de trabajo. BID, Unidad de Género y Biodiversidad. Pp. 29. 2011

“Colombia’s Big Bang Health Insurance Reform” Coautor con Giedion U., Díaz Y., Alfonso E., Pardo R., y Villar M. En: The Impact of Health Insurance in Low and Middle Income Countries. Escobar M.L., Griffin C. y Shaw P (Editores). Brookings Institution Press. Cap. 9: pp. 155-177. 2010

“La fecundidad adolescente en Colombia: Una aproximación ecológica”. Coautor con Elvia Vargas. Memorias del Congreso de la ALAP. PP. 27. 2010

“La protección financiera del seguro de salud” Coautor con Giedion U., Pardo R., and Alfonso E. En: Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia. Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion (Editores). BID-Brookings. Capítulo 5: pp.115-171. 2009

“Child Labor in Colombia”. Coautor con Diana Hincapié. En: The World of Child Labor: An historical and regional survey. Hugh Hindman (Ed). M.E.Sharpe Press. Pp. 368-374. 2009

“El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión Global” BID, Documento de trabajo # 632. Coautor con Victoria Soto. 2008

“Índice de Focalización del Gasto Social – SISBEN III”. Coautor con Lina Sánchez, Francisco Espinosa y Roberto Angulo. Documento de trabajo, el Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social, Grupo de Calidad de Vida. 2007/08

“Avances y Desafíos de la Equidad en el Sistema de Salud Colombiano”. Coautor con Olga Lucía Acosta. Documento de trabajo, Fundación Corona-DNP. 6. 2007

“Fecundidad Adolescente y Pobreza. Diagnóstico y lineamientos de Política”. Coautor con Victoria Soto. Misión para el diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (MERPD). DNP. 2007

Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia. In Notas de Población No. 83, CEPAL, Santiago de Chile. 2007

Salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Coautor con Victoria Soto. UNFPA. Bogotá. 2006

Población y Equidad en Colombia. Vol. 1. UNFPA. Coautor con Magda Ruiz and Oscar Fresneda. Pags. 409. 2006

Migration and the Urban Informal Sector in Colombia. En: Africa on the Move. Tienda et al (eds). Chapter 6. Wits University Press. 2006

“Fecundidad adolescente y pobreza”. Coautor con Victoria Soto. Documento de trabajo: Misión de la Pobreza en Colombia, Departamento Nacional de Planeación. 2005

Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en

Colombia. Revista Panamericana de la Salud Pública. Vol. 18 Nos. 6. 2005

Fecundidad adolescente en Colombia. Revista Vía Salud No. 30, Enero-Marzo. 2005

La transformación de los hogares: Una visión de largo plazo. Revista Coyuntura Social, No. 30, June 2004. Pp. 23-50. 2004

Fecundidad Adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de Historia de vida. Documento CEDE 2004-31. pp. 150. 2004

Health, nutrition, human capital and economic growth in Colombia 1995-2000. Carmen Elisa Flórez, Rocío Ribero y Belén Samper. Documento CEDE 2003-29. 2003

Teenage Childbearing in Latin American Countries. Coautor con Jairo Nuñez. En: Duryea, Cox and Ureta (Eds) "Critical Decisions at a Critical Age: Adolescents and Young Adults in Latin America". Latin American Research Network – Inter American Development Bank. 2003

Los costos de la exclusión social por raza o etnia en América Latina y el Caribe. Coautor con Carlos Medina and Fernando Urrea. Revista Coyuntura Social, No. 29, Diciembre. Pp. 45-72. 2003

¿Cómo disminuir la desnutrición crónica infantil con una mayor equidad? Colombia 1995-2000. Coautor con Teresa Tono and Belén Samper. Revista Vía Salud No. 23. Abril. Pp. 4-10. 2003

#### **PARTICIPACIÓN RECIENTE EN CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES**

V Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población ALAP, Organizadora y comentarista de 2 sesiones de trabajo: Factores asociados al embarazo adolescente (Sesión 37) y Consecuencias del embarazo adolescente (Sesión 46), Montevideo Uruguay, 23 - 26 Octubre, 2012.

"The Sisben III Index". Coautor con: Lina María Sánchez, Francisco Espinosa, y Roberto Angulo. Documento presentado en la HDCA Conference 2011, The Hague, The Netherlands, September 5-8, 2011

"La fecundidad adolescente en Colombia: Una aproximación ecológica". Con Elvia Vargas. Documento elaborado para el IV Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población ALAP, La Habana, Cuba, 16-19 Noviembre, 2010

"Avances y desafíos de la equidad en el sector salud". Mesa de trabajo del proyecto: Así Vamos en Salud – El Tiempo – CEIS Fundación Santa fe de Bogotá. Bogotá, Agosto 23 de 2007. Presentado también en el foro Ministerio de la Protección Social – RCTV. Bogotá, Septiembre 23, 2007

"La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina y el Caribe". Banco Interamericano de Desarrollo – BID. VII Foro de Equidad Social. Promoción de la Movilidad Social y Superación de Trampas de Pobreza en América Latina y el Caribe. Unidad de Pobreza y Desigualdad. Abril 16-17, 2007

"Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia y la Región de América latina y el Caribe". Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América latina y el Caribe. 14 y 15 de Noviembre, Santiago de Chile. 2006

"Adolescent fertility in Colombia: what do we know?". Seminar on Sexual and Reproductive transitions of adolescents in developing countries. COLMEX/ IUSSP. Cholula, Puebla, México, 6-9 November. 2006

Taller internacional sobre el XVII Censo Nacional de Población. DANE-UNFPA. Bogotá. Febrero. 2004

“Migration and the urban informal sector in Colombia”. International seminar on African Migration and Urbanization in comparative perspective. Johannesburg, South Africa, June 4-7. 2003

#### **ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL**

Proyectos de investigación conjuntos realizados con las siguientes instituciones:

- Felicia Knaul, Fundación Mexicana para la salud, México. 2007- 2011
- Magda Ruiz, CELADE, Santiago de Chile, Chile, 2008-2010
- Alejandro Portes, Marta Tienda, Princeton University. 2001- 2004
- Françoise Dureau, ORSTOM, France. 1990-present
- Teresa Valdez, FLACSO, Santiago de Chile, Chile. 1991-94.
- Juan Chackiel, CELADE, Santiago de Chile, Chile. 1994.
- Marta Tienda, The University of Chicago, Chicago, USA. 1989-92 y 1994.
- Anitza Freitez, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela. 1989-92.
- Dennis Hogan, The Pennsylvania State University, USA. 1984-88, 1990-91.
- Eleonora Masini, The Pontifician Gregorian University (Roma) and United Nations University. 1984-87, y 1988-90.
- Noreen Goldman, Princeton University, Princeton, USA. 1982-83.

## HOJA DE VIDA. INVESTIGADORA ENDS 2015 (4)

**NOMBRE:** Isabel Cristina Ruiz Buitrago

**NACIONALIDAD:** Colombiana

**CORREO:** isacrisrb05@yahoo.com

### PERFIL

Médica cirujana de la Universidad de Antioquia, Especialista en Epidemiología, Universidad de Antioquia, Especialista en Docencia Universitaria, Universidad El Bosque, Especialista en métodos de Análisis demográficos, Universidad Externado de Colombia, Candidata a la Maestría en estudios de población, Universidad Externado de Colombia. Actualmente se desempeña como docente investigadora de tiempo parcial en la Facultad de ciencias Sociales en el programa de la Maestría en estudios de Población. Coordinadora Línea de investigación en Mortalidad y Envejecimiento. Docente del Seminario de Mortalidad para la Especialización en Métodos de Análisis demográfico.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

**Candidata a Maestría en Estudios de Población**

Universidad Externado de Colombia. 2009

**Especialista en Métodos de Análisis Demográfico**

Universidad Externado de Colombia. 2008

**Especialista en Docencia Universitaria**

Universidad El Bosque. 2004

**Especialista en Epidemiología**

Universidad de Antioquia. 1989

**Médica Cirujana**

Universidad de Antioquia. 1983

### EXPERIENCIA PROFESIONAL RECIENTE

**Fondo de Población de Naciones Unidas, DANE**

Consultora. Asistencia técnica en el diseño del estudio de cobertura de las estadísticas vitales en los territorios. 2013

**Universidad Externado de Colombia**

Docente investigadora de tiempo parcial en la Facultad de ciencias Sociales en el programa de la Maestría en estudios de Población. Coordinadora Línea de investigación en Mortalidad y Envejecimiento. Docente del Seminario de Mortalidad para la Especialización en Métodos de Análisis Demográfico. 2012

**Ministerio de la Protección Social**

Consultora. Asesorar la formulación del Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. 2011 - 2012

**Universidad Externado de Colombia**

Docente investigadora de tiempo parcial en la Facultad de ciencias Sociales en el programa de la Maestría en estudios de Población. Ejecución del convenio entre el MPS y la Universidad para la realización del estado del arte del envejecimiento en Colombia y definición de una propuesta de líneas de investigación sobre envejecimiento en el país. Docente del Seminario de Mortalidad para la Especialización en Métodos de Análisis Demográfico. 2010

**S&P Consultores**

Participación en el Diseño de un Modelo de gestión de información intercultural de información, análisis de situación de 19 municipios del litoral pacífico. En un contrato con la OPS. 2011

**Secretaría de Salud de Santiago de Cali**

Consultoría para la implementación del modelo de salud de Santiago de Cali. 2010

**S&P Consultores**

Participación como consultora en la Evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008, formulación y concertación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, Desarrollo de la estrategia de capacitación y

divulgación del Plan. Actividades desarrolladas en un contrato con el PMA. 2010

**S&P Consultores**

Diseño de un observatorio de salud y equidad para el departamento del Chocó y desarrollo de capacidades para los funcionarios del Departamento Administrativo de Salud (DASALUD) Chocó. Este diseño se realizó en un contrato con la OPS. 2009

**Ministerio de Protección Social - Fonade**

Prestar asesoría técnica al Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios y al Instituto Nacional de Cancerología, en la organización y funcionamiento de la red de servicios en cáncer, evaluación de las EPS del contributivo y subsidiado para la gestión y Entidades territoriales para la organización de la red de cáncer. Formulación y concertación del Plan Nacional para el Control del Cáncer. 2009

**Universidad Externado de Colombia**

Investigadora. Estudio Censal de Mortalidad 2005. 2008

**Universidad de Antioquia - Centro de Extensión Facultad de Medicina**

Asesoría en forma permanente a los estudios de carácter cuantitativo y cualitativo que se desarrollan dentro del componente de Monitoreo y Evaluación del proyecto de Prevención de Anorexia bulimia en la ciudad de Medellín. 2009

**Ministerio de Protección Social - Fonade**

Consultora. Prestar asesoría técnica al Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios y al Instituto Nacional de Cancerología, en la organización y funcionamiento de la red de servicios en cáncer, evaluación de las EPS del contributivo y subsidiado para la gestión y Entidades territoriales para la organización de la red de cáncer. 2008

**Ministerio de Protección Social - Fonade**

Consultora. Prestar asesoría técnica al Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios y al Instituto Nacional de Cancerología en la implantación de la red nacional de cáncer, atención primaria en cáncer, gestión de tecnología, medicamentos dispositivos y equipos en el manejo de pacientes con cáncer. 2007

**Fundación Saldarriaga Concha**

Consultora. Asesorar el proceso de formulación de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez. 2007

**Secretaría de Salud de Santiago de Cali**

Consultora. Asesorar el proceso de medición de las Funciones Esenciales de Salud pública, elaborar el informe final de los resultados y proponer el plan de mejoramiento. 2007

**Organización Panamericana de la Salud**

Profesional Nacional Área de Servicios. Brindar cooperación técnica a las autoridades nacionales, departamentales y municipales para el fortalecimiento de la gestión de la SP, formulación de políticas, estructuración de modelos de atención y organización y gestión de redes de servicios, funciones esenciales de salud pública, calidad de la atención, planificación local. 2006

**Organización Panamericana de la Salud**

Profesional Nacional Área de Servicios. Brindar cooperación técnica a las autoridades nacionales, departamentales y municipales para el fortalecimiento de la gestión de la SP, formulación de políticas, estructuración de modelos de atención y organización y gestión de redes de servicios. 2005

**Organización Panamericana de la Salud**

Profesional Nacional Área de Servicios. Prestar Cooperación Técnica a las autoridades nacionales para elaborar y fortalecer las políticas y programas de prestación de servicios y ajustes al SGSSS encaminados a mejorar la equidad y eficiencia en el sistema. Prestar cooperación técnica a las entidades territoriales para el diseño, implantación y monitoreo de los modelos de atención en salud, organización de redes de servicios, así como el desarrollo de metodologías tendientes al fortalecimiento de la gestión integral de la salud pública a nivel territorial. Fomentar estrategias para la articulación de los planes de beneficios para potenciar los logros de la salud pública en el país. 2004

**Organización Panamericana de la Salud**

Asesora en el área de servicios. Diseño del modelo de atención en salud, y cooperación técnica en las revisión y

actualización de la normatividad vigente en salud. 2003

### **PARTICIPACIÓN RECIENTE EN INVESTIGACIONES**

Mortalidad infantil evitable como indicador de evaluación de políticas públicas. Coautora con María Elena Mora González y otros. Universidad El Bosque. 2011.

Estudio Censal de Mortalidad 2005. Coautora con Norma Rubiano y Elizabeth Castellanos. DANE - Universidad Externado de Colombia. 2008,

Evolución de la Mortalidad por causas externas en menores de 15 años y su contribución al cambio en la Esperanza de vida, Colombia 1999-2005. Universidad Externado de Colombia. 2008

## HOJA DE VIDA. INVESTIGADORA ENDS 2015 (5)

**NOMBRE:** Catalina González Uribe

**NACIONALIDAD:** Colombiana

**CORREO:** catalinagu@gmail.com

### PERFIL

Investigadora con más de diez años de experiencia en diseño, ejecución y evaluación de proyectos de investigación en salud en poblaciones urbanas y rurales. Especializada en enfoques transdisciplinarios integrando metodologías cuantitativas epidemiológicas y cualitativas de tipo antropológicas y psicológicas. Especializada en líneas de investigación sobre salud sexual y reproductiva y enfermedades transmitidas por vector en Colombia.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### **PhD en Epidemiología y Salud Pública**

University College London, Reino Unido.

Tesis: Socioeconomic inequalities in use of contraception in Colombia: DHS 1986-2010. 2012

#### Reconocimientos académicos:

Overseas Research Student (ORS) Award University College London (2008-2011)

Funds for Women Graduates UK (2010-2011)

Colfuturo Colombia (2008-2010)

#### **MSc en Epidemiología Social: Salud y sociedad.**

London School of Hygiene and Tropical Medicine y University College London, Reino Unido.

Tesis: An asset-based approach to socioeconomic inequalities in contraceptive use in Colombia. Grado con honores. 2008

#### Reconocimientos académicos:

British Chevening Scholarship Award British Council (2007-2008)

Abbey Master's Scholarship for Research University College London (2007-2008)

#### **M.A en Antropología**

Universidad de los Andes, Bogotá-Colombia

Tesis: Vigor, comida y alimento: nutrición, salud y cáncer gástrico en Soracá-Colombia. 2003-2004

#### Reconocimientos académicos:

Primer puesto diseño de investigación Facultad de Ciencias Sociales.

Primer puesto promedio general de la promoción

#### **Psicóloga**

Universidad de los Andes, Bogotá-Colombia. 2007

#### **Antropóloga**

Universidad de los Andes, Bogotá-Colombia. 2003

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### **Centro de Estudios e Investigación en Salud CEIS, Bogotá, Colombia**

Consultora métodos cualitativos y cuantitativos aplicados a estudios sobre los factores asociados al Dengue y la implementación y socialización de estrategias eco sistémicas para su prevención en Colombia. Evaluadora de propuestas de investigación de las convocatorias internas y externas del CEIS. Desarrollo de propuestas de investigación para convocatorias nacionales e internacionales. Capacitadora de metodologías cuantitativas: introducción epidemiología, análisis multinivel y análisis factorial aplicados a salud.

#### Participación en proyectos de investigación:

Investigadora principal en la construcción de una estrategia ecosistémica para la vigilancia, prevención y control

de enfermedades transmitidas por vector en comunidades indígenas de Colombia. Patrocinado por Colciencias. 2012-presente

Co-Investigadora Principal en el proyecto Enfoque ecosistémico para el diseño e implementación de estrategias sostenibles para dengue en las regiones de Huila y Quindío. Proyecto del programa titulado “Reducción de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmitidas por vectores: Programa de investigaciones con enfoque ecosistémico para la prevención y el control de la malaria y el dengue en Colombia” patrocinado por Colciencias. 2012-presente

Investigadora coordinadora componente cualitativo del Estudio de Ecosistemas para la evaluación ecológica, socioeconómica y de las dinámicas sociales que afectan el Dengue en Colombia. Financiado por: World Health Organization (WHO) - The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), Genève. CH & IDRC - Canada. CEIS Fundación Santa fe de Bogotá. 2007-presente

**London School of Economics (LSE),** Londres, Reino Unido

Asistente de investigación en planeación, ejecución y presentación de análisis estadísticos.

Participación en proyectos de investigación:

Proyecto ‘Women in the legal profession’, sobre las trayectorias profesionales de las mujeres en Inglaterra entre 1970 y 2011. 2010 – 2012

**Grupo de Investigación de Antropología Médica de la Universidad de los Andes,** Bogotá, Colombia

Coordinadora del trabajo de campo del equipo de investigación de antropología médica incluyendo el diseño y ejecución de la recolección, triangulación y análisis de de etnografías, entrevistas y grupos focales. Redacción de reportes y artículos y socialización de sus implicaciones con stakeholders. Desarrollo de propuestas de investigación para convocatorias nacionales e internacionales.

Participación en proyectos de investigación:

Rickettsias en Villeta Cundinamarca: Desarrollo de un Plan de Vigilancia Comunitario. Financiado por Colciencias. 2006 - 2007

Control de la Malaria en zonas de la frontera Andina: Una aproximación comunitaria. PAMAFRO. Colombia - Venezuela-Ecuador-Perú. Financiado por: Fondo Global para la lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria. 2006

Estudio de caso sobre aspectos socioculturales que determinan la adherencia, limitaciones y ventajas del proceso terapéutico para TBC (Soacha-Colombia). Financiado por: Secretaría de Salud de Cundinamarca (Colombia) y Universidad de los Andes. 2005

Estudio de Ecosistemas para la evaluación ecológica, socioeconómica y de las dinámicas sociales que afectan el Dengue en dos municipios Colombianos. Financiado por: World Health Organization (WHO) - The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), Genève. CH & IDRC - Canadá. Universidad de los Andes- CEIS Fundación Santafé de Bogotá. 2003-2005

Proyecto de investigación: Cáncer Gástrico y Nutrición en Colombia. Asistente de investigación y estudiante de maestría en Antropología. Tesis: Vigor, comida y alimento: nutrición, salud y cáncer gástrico en Soracá-Colombia. 2002-2004

**PUBLICACIONES**

González, C. Socioeconomic inequalities in use of contraception in Colombia: DHS 1986-2010. Doctoral Thesis. University College London. 2012. <http://discovery.ucl.ac.uk/1348322/>

González, C., Houweling, TAJ., Marmot, MG., Brunner, EJ. *Comparison of physical, public and human assets as determinants of socioeconomic inequalities in contraceptive use in Colombia - moving beyond the household wealth index*. International Journal for Equity in Health 2010, 9:10

Quintero, J., Carrasquilla, G., Suárez, R., González, C., & Olano, V. *An ecosystemic approach to evaluating ecological, socioeconomic and group dynamics affecting the prevalence of Aedes aegypti in two Colombian towns*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 1:S93-S103, 2009

Suarez, R., González, C., Carrasquilla, G., & Quintero J. *An ecosystem perspective in the socio-cultural evaluation of dengue in two Colombian towns*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 1:S104-S114, 2009

Suarez, R., M., Niño, N., González, C., Vesga, J.F., Orjuela, L., Sánchez, R., Castañeda, E., & Valbuena, G. (2009). *Las rickettsias como agentes etiológicos de entidades febriles no diagnosticadas en Colombia*. Bogotá. Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, CESO, Ediciones Uniandes, 2008.

Suárez, R., Olarte, M.F., Forero, A. & González, C. *Is what I have just a cold or is it dengue? Addressing the gap between the politics of dengue control and daily life in Villavicencio-Colombia*. Social Science and Medicine, v.61, n.2, p. 495 - 502, 2005.

Suárez, R., González, C. & Viatela, J. M. *Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural: una aproximación al caso colombiano*. Revista Colombiana de Antropología. Vol. 40, p. 185-212. 2004.

Suárez, R., Wiesner, C., González, C., Cortés, C. & Sinchi, R. *Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública*. Revista de Estudios Sociales. Uniandes: v.17, p.42 - 55, 2004.

## HOJA DE VIDA. INVESTIGADORA ENDS 2015 (6)

**NOMBRE:** Carolina Wiesner  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** [cwiesner@cancer.gov.co](mailto:cwiesner@cancer.gov.co)

### PERFIL

Médica de la Universidad del Bosque, especializada en Filosofía de la Ciencias en la Universidad del Bosque, con Maestría de la University of Tokyo. Ciencias de la Salud. Salud Pública Internacional. Coordinadora Programas de Detección Temprana de Cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología. Profesora e investigadora en la Universidad Externado de Colombia

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### **Máster en Ciencias de la Salud Pública**

Universidad de Tokio. Facultad de Medicina, Escuela de Ciencias de la Salud International. Tokio, Japón. 1992-1994

#### **Especialización en Filosofía de las Ciencias**

Escuela Colombiana de Medicina. Universidad El Bosque Facultad de Humanidades. Bogotá, Colombia. 2000-2002

#### **Epidemiología Clínica**

Universidad el Rosario. Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. 2000

#### **Gerencia de Proyectos**

Universidad de La Sabana. Bogotá, Colombia. 2004

#### **Médica Cirujana**

Escuela Colombiana de Medicina. Universidad El Bosque. Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia 1979-1986

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### **Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia**

Subdirectora de investigaciones Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención. 2013-Actual

Coordinadora Grupo Área de Salud Pública. 2010-2012

Coordinadora Grupo de Planificación y Gestión de Programas de Prevención. 1995-2009.

Investigadora Asociada 2000-2010.

#### **Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia**

Investigadora Asociada en el Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, 1995-2009

Profesora Asociada en la Facultad de Ciencias Sociales. 2003-20010.

#### **Escuela Colombiana de Medicina., Bogotá, Colombia**

Instructora de Filosofía e Historia de las Ciencias en la Facultad de Medicina. 1986-1991

### EXPERIENCIA RECIENTE EN INVESTIGACIÓN

Estudio multicéntrico para el estudio de las pruebas de virus de papiloma humano en tamización y triage para la tamización en cáncer de cuello uterino. Proyecto liderado por la IARC. Co investigadora en Bogotá. Francia 2012

Clasificación de mujeres positivas a las pruebas de ADN-VPV para su adecuada remisión a diagnóstico colposcópico. Co investigadora. Bogotá. 2011

Proyecto Piloto para la implementación de un programa alternativo de tamización en cáncer de cuello uterino mediante la aplicación de la prueba AND-VPV en un área demostrativa en Colombia, 2009-2012. Investigador Principal. Bogotá. Proyecto financiado por Colciencias Convocatoria 2009

Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma Humano (VPV) entre padres de niños y niños adolescentes, autoridades locales de salud y médicos en Colombia. Un estudio cualitativo. Autora y Co-investigadora. Bogotá, 2008

Representaciones sociales del Virus Papiloma Humano en Bogotá. Un estudio cualitativo en Bogotá. Instituto Nacional de

Cancerología. Investigadora Principal. Bogotá, 2008

Evaluación de las actividades para el control del cáncer de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia. Investigadora Principal. Bogotá, 2004-2008

Implementación de un modelo para el control del cáncer de cuello uterino en Soacha, Colombia. Investigadora Principal. Bogotá, 2004

### **PARTICIPACION RECIENTE EN CONGRESOS**

Conferencia dictada en el evento de socialización de la Guía de Atención Integral de Cáncer de Pulmón. Instituto Nacional de Cancerología. Situación de Cáncer de Pulmón. Bogotá, 28 de Junio de 2013

Conferencia dictada en el Simposio Calidad en Clínicas de Colposcopia en la era de la tamización y vacunación. Directrices oficiales del programa de tamización para Colombia. Bogotá, Junio 6 de 2013

Conferencia en el XIV Congreso Bienal de Obstetricia y Ginecología. Actualización sobre tamización en cáncer de cuello uterino. Bogotá, Abril 19 de 2013

Conferencia en el evento de socialización de la Guía de Atención Integral para Lesiones pre-invasivas y cáncer de cuello uterino en Colombia. Situación de Cáncer de Cuello uterino. Bogotá, Octubre 29 de 2012

Conferencias en el evento de presentación de la Guía de Atención Integral de Cáncer de Colon y Recto. Situación de Cáncer de Colón y Recto. Bogotá, 2012

Conferencia en el Congreso Nacional de Cáncer. ASOPROCÁNCER. Situación del Cáncer en Colombia. Bogotá, Agosto 2012

Conferencia en el Congreso Nacional de Cáncer. ASOPROCÁNCER. Retos y perspectivas para el control del cáncer de cuello uterino en Colombia. Bogotá, Agosto 2012

Conferencia en el Tercer Seminario de salud sexual y reproductiva. Las técnicas de Inspección visual y tratamiento inmediato en Colombia. Tumaco, 13 de Septiembre de 2012

Conferencia en el primer curso para el control de calidad en mamografía analógica. Situación de cáncer de mama en Colombia. Programa para la detección temprana de cáncer de mama. Bogotá, Colombia Junio 5 de 2012

Conferencia en la reunión nacional de consenso para la guía de atención integral en cáncer colonrectal. Situación de cáncer de colon y recto. Bogotá, Junio 24 y 25 de 2012

Conferencia en el IV Simposio Internacional era Postgenómica: VIH-SIDA y Cáncer, avances en el diagnóstico y tratamiento. Prevención de cáncer de cuello uterino en Colombia. Montería, 3 de Octubre del 2012

Conferencia en el Primer curso internacional de prevención de cáncer de cuello uterino. La prueba ADN del VPH como técnica de tamización primaria en Colombia. Lima Perú, Abril 16-18 de 2012

Conferencia en el Primer curso internacional de prevención de cáncer de cuello uterino. La implementación de detección temprana de cáncer de cuello uterino en Colombia mediante ver y tratar. Lima, Perú, Abril 16-18 de 2012

Presentación de un póster en la 27a Conferencia Internacional sobre Virus del Papiloma Humano. HPV Testing for cervical cancer screening in Colombia: Situation Analysis. Berlín, Alemania, Septiembre 22 de 2011

Conferencia en la Jornada Distrital de actualización en Virus del Papiloma Humano y cáncer de cuello uterino. Aspectos psicológicos y sociales asociados a la introducción de tecnologías del Virus del Papiloma Humano. Bogotá 30 de Septiembre de 2011

Conferencias en el Tercer Simposio Departamental de Cáncer y Sexualidad. Secretaria Departamental de Salud de la Guajira. Historia Natural del VPH y Tamización para cáncer de cuello uterino. Octubre 20 y 21 de 2011.

Conferencia en el tercer Simposio del Comité Zonal para el control del Cáncer. Epidemiología del cáncer de cuello uterino. Manizales Abril 29 de 2011

Presentación oral en el XIII Congreso Bial de Obstetricia y Ginecología. Aspectos psicológicos y sociales asociados a la introducción de tecnologías del Virus del Papiloma Humano. Bogotá, Marzo 23 al 16 de 2011

Presentación de un póster en la 26a Conferencia Internacional sobre Virus del Papiloma Humano. Implementation of HPV Testing for cervical cancer screening in Colombia. Montreal, Canadá, Septiembre 17 al 22 de 2010

Presentación Oral en el Congreso XXII Nacional de Ginecología y Obstetricia. La implementación de las Pruebas de DN VPH en Colombia. De la evidencia a la Práctica. Cali, Mayo 19 al 22 de 2010

Presentación Oral en el VII Congreso Latinoamericano de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior. Efectos psicosociales de la Prueba ADN-VPH. Cartagena, 13 al 16 de Octubre de 2010

Presentación de poster en el Encuentro Internacional sobre Investigación en Prevención de Cáncer. Representaciones Sociales del Virus del Papiloma Humano. Houston, Texas Diciembre 6 a 9 de 2009

#### **PUBLICACIONES RECIENTES SELECCIONADAS**

Alejo-Martínez H, **Wiesner-Ceballos C**, Arciniegas-Álvarez M, Poveda-Suárez C, Puerto-Jiménez D, Ardila-Hernández T, Cotes-Millán J. La calidad de la mamografía en Colombia: análisis de un estudio piloto. Anales de Radiología México 2013; 3:164-174

**Wiesner C**. La medicina frente a las encrucijadas del fumador. Editorial. Revista Biomédica 2013; Junio 33 (2).

**Wiesner C**, Rincón L, Gamboa O, Piñeros M, González M, Ortiz N, Hernández G, Molano M, Robles RJ Barreras para la implementación de la prueba ADN-VPH como técnica de tamización primaria para cáncer de cuello uterino en un área demostrativa en Colombia.  
Revista Colombiana de Cancerología 2013. En prensa.

**Wiesner C**, Díaz del Castillo A, Acosta J, Tovar S, Salcedo H. Social Representations of Human papilloma virus (HPV) in Bogota, Colombia. Medical Anthropology, 2012.

**Wiesner C**. Contreras AC, Castro J. El centro de educación a pacientes con cáncer y sus familias: La experiencia del Instituto Nacional de Cancerología. Revista Colombiana de Cancerología 2010;

**Wiesner C.**, Piñeros M, Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2010, Detección Temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. Bogotá, Colombia. 2010 Cap.15 439- 474.

**Wiesner C**, Piñeros P , Trujillo LM , Cortés C, Ardila J Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en padres de adolescentes, en Colombia Human papillomavirus (HPV) vaccine acceptability amongst parents of adolescents in four Colombian áreas Rev. salud pública vol.12 no.6 Bogotá Nov./Dec. 2010.

Veloza Cabrera LA, **Wiesner Ceballos C**, Serrano López ML, Peñaranda Correa NR , Huertas Salgado A. Consideraciones

éticas y legales de los biobancos para investigación. Revista Colombiana de Bioética. 2010 (5) 1 :121-139

Villamizar L, Albis R, Abadia M, Oliveros R, Gamboa R, Alba L, Bernal L, **Wiesner C**. Tamización de cáncer colonrectal en población adulta asintomática: revisión sistemática. Revista Colombiana de Cancerología 2010; 14(3)152-168.

Cendales R, **Wiesner C**, Murillo RH, Piñeros M, Tovar S, Mejía JC. La calidad de las citologías para tamización de cáncer de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia: un estudio de concordancia. Biomédica. 2010;30(1).

Piñeros M, Cortés C, Trujillo L, **Wiesner C**. Conocimientos, aceptabilidad y actitudes sobre la vacuna contra el VPH en médicos generales ginecólogos y pediatras en Colombia. Revista de Cancerología 2009; 13(2):88-98

**Wiesner C**, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia [Following-up females having an abnormal Pap smear in Colombia] Revista Salud Pública. 12 (1): 1-13, 2010

**Wiesner C**, Monsalve L. Interactuar, comunicar, deliberar. Un estudio de caso: El consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá Universidad Externado de Colombia, Cuadernos del CIDS 2009: Serie 1- No 11

Monsalve L **Wiesner C**. El consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología. Revista Colombiana de Cancerología 2009; 13(1):8-21

Wiesner C, Acosta J, Diaz del Castillo A, Tovar S, Salcedo H. Social and Psychological effects of HPV-DNA testing. Revista Colombiana de Cancerología 2009. 13(3):145-156

**Wiesner C**, Tovar S, Cendales R, Pineros M. Murillo R. La oferta de servicios para el control del cancer de cuello uterino en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología 2009. In press.

**Wiesner-Ceballos C**, Murillo-Moreno RH, Piñeros Petersen M, Tovar-Murillo SL, Cendales Duarte R, Gutiérrez MC. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009;25(1):1-8

Murillo R, **Wiesner C**, Cendales R, Piñeros M, Tovar S. Efectividad de la citología cervicouterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. Biomédica 2009; 29: 356-61

**Wiesner Ceballos C**, Cendales-Duarte R, L. Tovar-Murillo S. Aplicación de un Modelo para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Soacha, Colombia. Revista Salud Pública. 10 (5):691-705, 2008.

Piñeros M, Cendales R, Murillo R, **Wiesner C**, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia, 2005. Rev Salud Pública 2007; 9(3):327-341.

**Wiesner-Ceballos C**, Vejarano-Velandia, M, Caicedo-Mera, Juan C. et al. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. Revista Salud Pública, nov. 2006, vol.8 supl.2, p.185-196. ISSN

**Wiesner C**, Tovar S, Cendales Ri, Vejarano Ma. Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el Municipio de Soacha. Revista Colombiana de Cancerología 2006;10(2):1

**Wiesner C**, Cortés Claudia, Pavajeau C, Leal Maria Clara, Tovar, S. Habitus y trayectorias de riesgo: ejes articuladores en la comunicación educativa para el control del cáncer. El caso de Patio Bonito, Bogotá. Revista Colombiana de Cancerología 2006.

## RECONOCIMIENTOS

Colciencias, Convocatoria, 2009- Selección del proyecto para su financiación. Proyecto Piloto para la implementación de un programa alternativo de tamización en cáncer de cuello uterino mediante la aplicación de la prueba AND-VPH en un área demostrativa en Colombia, 2009-2012

Colciencias, Convocatoria 2004. Selección del proyecto para su financiación. Proyecto de investigación titulado. Evaluación de una estrategia para la tamización de cáncer de cuello uterino en Soacha Cundinamarca, 2004- 2009.

## HOJA DE VIDA. INVESTIGADORA ENDS 2015 (8)

**NOMBRE:** Elvia Vargas  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** elvargas@uniandes.edu.co

### PERFIL

Doctora en Psicología. Directora del Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes con amplia experiencia y reconocimiento en el diseño y evaluación de programas desde la perspectiva de género. En sus publicaciones más recientes trata fecundidad adolescente, decisiones reproductivas, género y medios de comunicación, entre otros temas.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### **Doctora en Psicología**

Departamento de Psicología Social y Metodología, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España. 2004

#### **Maestría en Psicología**

Facultad de Psicología, Universidad Iberoamericana. México D.F., México. 1990

#### **Perfeccionamiento en Métodos de Investigación en Psicología Perinatal**

Departamento de Crecimiento y Desarrollo, Instituto Nacional de Perinatología. México, D.F., México. 1989

#### **Psicóloga**

Departamento de Psicología, Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. 1981

### EXPERIENCIA PROFESIONAL RECIENTE

Co-investigadora principal del proyecto “Reconocimiento de la ciudadanía juvenil: identificación de buenas prácticas de investigación participativa” de la Escuela de Gobierno y el Departamento de Psicología. Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de los Andes. 2013 – Actual

Co-investigadora principal del proyecto “Conformación y consolidación de una red académica de investigación para la generación, gestión y uso de conocimiento sobre infancia, adolescencia y juventud en Quibdó, Chocó”. Ejecutado por Universidad de los Andes, Universidad del Rosario y Universidad Tecnológica del Chocó. Vicedecanatura de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de los Andes. 2012 – actual

Co-investigadora principal del proyecto “Decisiones sobre custodia, visitas y alimentos: La perspectiva jurídica y familiar” de la Facultad de Derecho y el Departamento de Psicología. Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de los Andes. 2012 – actual

Co-investigadora principal del proyecto “Hacia la apropiación social del conocimiento en el contexto de la estrategia ‘Yo decido mi vida y la de mi municipio’: alternativa para la promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos con perspectiva de género en la juventud”. Convocatoria de la AECID 2011. 2011 - 2012

Investigadora principal del estudio a profundidad de la ENDS – 2010 “Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en derechos humanos”. Convenio Universidad de los Andes – Profamilia. 2012

Co-investigadora principal del proyecto “Diseño y evaluación de un programa de formación para titulares de deberes de las entidades del gobierno municipal en el enfoque derechos con perspectiva de género”, financiado con recursos de la Convocatoria de la AECID 2010. 2011 – 2012

Co-investigadora principal del “Estudio nacional de la trata de personas: magnitud y factores asociados”.

Convenio de cooperación interinstitucional entre la Organización Internacional para las Migraciones – OIM y la Universidad de los Andes. 2010 - 2011

Investigadora principal Proyecto “Diseño y evaluación de un programa de formación para titulares de deberes de las entidades del gobierno municipal en el enfoque derechos con perspectiva de género”. Convocatoria de la AECID 2009. 2010 - 2011

Investigadora principal del proyecto “Evaluación del grado de sensibilización frente al enfoque de derechos y la perspectiva de género en entidades de gobierno municipal en Colombia”. IV Convocatoria de proyectos de investigación de la red universitaria de investigación sobre cooperación para el desarrollo del Ayuntamiento de Madrid, 2009. 2010 - 2011

Investigadora principal del Estudio “Trata de personas en la modalidad de explotación en el servicio doméstico en la ciudad de Cali, Colombia: investigación acción participativa”. Convenio de cooperación celebrado entre la Organización Internacional para las Migraciones y la Unión Europea. 2010

Investigadora principal del Estudio “Diagnósticos sobre trata de niños, niñas y adolescentes en la modalidad de explotación sexual en la ciudad de Cartagena, Colombia: una revisión sistemática”. Convenio de cooperación celebrado entre la Organización Internacional para las Migraciones, la Unión Europea y el Ministerio del Interior y de Justicia. 2009-2010

Investigadora principal del proyecto “Programas de cooperación para el desarrollo: evaluación de la evaluabilidad basada en los enfoques de género y derechos humanos”. III convocatoria de la Red Universitaria de Investigación sobre Cooperación para el Desarrollo. Ayuntamiento de Madrid, Madrid – España. 2009

Investigadora principal del proyecto “Decisiones sexuales en la adolescencia: diseño y evaluación de un programa de formación desde la perspectiva de género y derechos”. Fase 2. Agencia Española de Cooperación Internacional, la Universidad Autónoma de Madrid (España) y la Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia. 2009

Investigadora en el proyecto transcultural longitudinal “Motivated Identity Construction in Cultural Context” dirigido por Vivian L. Vignoles de la Universidad de Sussex, Reino Unido. Economic and Social Research Council (UK). 2009

Investigadora principal del proyecto “Decisiones sexuales en la adolescencia”. Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada y la Universidad de Los Andes. 2008 – 2009

Investigadora principal del proyecto “Evaluación de necesidades de formación en el tema de la sexualidad en estudiantes de medicina de la Universidad de Los Andes”. I Convocatoria de proyectos de Investigación Interfacultades, Vice-rectoría de Investigaciones y Doctorados, Universidad de Los Andes. 2008 – 2009

Investigadora proyecto “Personalidad y Sexualidad” desarrollado por la Facultad de Administración en conjunto con el Departamento de Psicología de la Universidad de Los Andes. 2008 – 2009

Investigadora principal del proyecto “Decisiones sexuales en la adolescencia: diseño y evaluación de un programa de formación desde la perspectiva de género y derechos”. Agencia Española de Cooperación Internacional, la Universidad Autónoma de Madrid (España) y la Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia. 2008 – 2009

Investigadora principal del proyecto “Evaluación de la evaluabilidad con perspectiva de género de programas

de cooperación para el desarrollo: estudios de caso en Colombia, Mozambique y Senegal”. II Convocatoria de proyectos de investigación de la Red Universitaria de Investigación sobre Cooperación para el Desarrollo del Ayuntamiento de Madrid. 2008

Investigadora principal del proyecto “Proyecto de vida vocacional en la juventud: factores determinantes”. Oficina de Scouting y Promoción y Departamento de Psicología de la Universidad de Los Andes. 2008

Investigadora principal, “Una propuesta dirigida al público infantil para ver televisión con perspectiva de género”. Comisión Nacional de Televisión, Colciencias, Universidad de los Andes y Universidad Minuto de Dios, Bogotá, Colombia. 2007 – 2008

Investigadora principal, “Las familias de mujeres lesbianas y hombres gay en Bogotá: Un estudio exploratorio”. Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes. 2007

Co-investigadora principal Proyecto “Evaluación con enfoque de género de la Cooperación Española para el Desarrollo en Colombia”. Agencia Española de Cooperación Internacional, AECI., Bogotá, Colombia. 2006 – 2007

Co-investigadora principal, Estudio de Seguimiento “Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia: Algunos factores explicativos”. Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales - CESO y el Departamento de Psicología de la Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia. 2004 – 2006

Co-investigadora principal, “Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida”. Colciencias y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá, Colombia. 2003 - 2004

Investigadora principal, “Influencia de los programas televisivos que incluyen contenido sexual en el comportamiento romántico y sexual de los adolescentes colombianos”. Comisión Nacional de Televisión, Bogotá, Colombia. 2003 - 2004

Investigadora principal, “Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia: Algunos factores explicativos”. Colciencias, Bogotá, Colombia. 2002 - 2003

Co-investigadora principal, “Factores psicosociales asociados al consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de la Universidad de los Andes”. Vicerrectoría Académica, Decanatura de Estudiantes y Bienestar Universitario y Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales – CESO de la Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia. 2002 - 2003

## CONSULTORÍAS RECIENTES

### **BID**

Consultora para el *Diseño de un módulo de formación para agentes educadores de la sociedad en Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos y Salud Sexual y Reproductiva*. 2012

### **OIM**

Directora del estudio *“Balance y perspectivas de la Fase II del Programa de atención a los niños, niñas y jóvenes (NNJ) desvinculados y en riesgo de reclutamiento”*. 2011

### **Fundación Imaginario/Fondo de Población de las Naciones Unidas**

Redactora de las guías de la plataforma Eduentretenimiento + movilización = cambio social relacionadas con los temas de diversidad sexual, violencia de género, toma de decisiones para jóvenes, docentes y facilitadores. 2011

### **BID - Econometría**

Asesora del proyecto *“Evaluación de impacto del programa de salud sexual y reproductiva de la ciudad de*

Medellín". 2010 - 2012

**Universidad George Washington - Profamilia**

Asesora del proyecto de la "Prevalencia de VIH, conducta sexual y actividades hacia la circuncisión de hombres que tienen sexo con hombres en Colombia". 2009 - 2011

**Uninorte y Mejía & Asociados**

Asesora del proyecto "Caracterización de los conocimientos, imaginarios culturales, creencias y normas sociales percibidas, en relación con sexualidad, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, género, consumo de sustancias psicoactivas y el uso de medios y procesos de comunicación, en el marco del trabajo con redes sociales. 2009

**Organización Bavaria-SabMiller**

Consultora para la Evaluación de la evaluabilidad y meta-evaluación del Programa "SanaMente" del Colectivo Aquí y Ahora. 2009

**Fonade - Fondo de Comunicaciones del Ministerio de Comunicaciones – Programa Compartel**

Consultora experta en evaluación del impacto social y cultural del proyecto "Medición y evaluación del impacto social, económico y cultural en las comunidades beneficiadas por las fases I y II del Programa Compartel – Telefonía Rural Comunitaria". 2007 – 2008

**UNFPA**

Consultora para el "Estudio de Caso Mortalidad Materna y Derechos Humanos". Bogotá, Colombia. 2007

**ACCI-ICBF-SECAB**

Consultora del proyecto, "Modelos de Atención para la Prevención, Detección y Tratamiento de la Violencia Doméstica" para la elaboración de la cartilla sobre sexualidad en la primera infancia. Bogotá, Colombia. 2007

**UNFPA**

Consultora para la evaluación externa del proyecto "Salud Sexual y Reproductiva en el Magdalena Medio". Bogotá, Colombia. 2006

**ACCI-ICBF-SECAB**

Consultora proyecto "Modelos de Atención para la Prevención, Detección y Tratamiento de la Violencia Doméstica" para el desarrollo teórico, pedagógico y metodológico sobre comportamiento sexual del componente de educación. Bogotá, Colombia. 2005 – 2006

**PUBLICACIONES RECIENTES SELECCIONADAS**

**Artículos en revistas arbitradas**

Gambara, H., Vargas Trujillo, E. y Del Rio, A.M. (2012). Medición del Grado de Sensibilidad frente al Enfoque Basado en Derechos Humanos y la Perspectiva de Género en Intervenciones Psicosociales [Measurement of Sensibility towards Human Rights Based Approach and Gender Perspective in Psychosocial Interventions] *Psychosocial Intervention* 21(1), 3-15. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5093/in2012v21n1a8>

Rojas, A.M. y Vargas Trujillo, E. (2010). Salud, Género y Medios de Comunicación. *Revista Folios*, 23, 45-68.

Vargas Trujillo, E. y Ponsoda, V. (2010). Escala de actividad sexual: un instrumento para predecir el inicio temprano de relaciones sexuales. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18, 3, 591-611.

Henao, J., González, C. & Vargas Trujillo, E. (2007). Fecundidad adolescente, género y desarrollo: evidencias de la investigación. *Revista Territorios*, 16-17, 47 – 70.

Vargas Trujillo, E. Henao, J. y González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 1, Disponible en <http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n1/Acta10v1Art5.pdf>

Vargas Trujillo, E., Gambara, H. & Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3, 665-695.

Vargas Trujillo, E., Barrera, F., Burgos Cantor, M.C. & Daza Mancera, B.C. (2006). La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universitas Psychologica*, 5,1, 69-84.

- Vargas Trujillo, E. & Barrera, F. (2005) ¿Es la autoestima una variable relevante para los programas de prevención del inicio temprano de actividad sexual? *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 133-161.
- Barrera, F. & Vargas Trujillo, E. (2005). Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica. *Revista de Estudios Sociales*, 21, 27-35.
- Del Río González, Ana María, Barrera Currea, Fernando, Vargas Trujillo, Elvia (2004). Factores de las relaciones padres-hijos que se asocian con las expectativas de vinculación y de apoyo a la autonomía que tienen los adolescentes de las relaciones románticas. *Suma Psicológica*, 11, 1, 95 – 110.
- Sarmiento, E., Barrera, F. & Vargas Trujillo, E. (2004) Relación de las actitudes personales y la norma social con la actividad sexual de los adolescentes. *Revista de Estudios Sociales*, 17, 56-66.
- Vargas-Trujillo, E. & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 115-134.
- Pick de Weiss, S. & Vargas Trujillo, E. (1990). Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 8, 11 – 41.

### Libros

- Vargas Trujillo, E. (2012). *Sexualidad... mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable* (Segunda Edición). Bogotá: Uniandes – Ceso - Departamento de Psicología, Universidad de Los Andes.
- Vargas Trujillo, E. & Gambaro D'Errico, H. (2008). *Evaluación de programas de intervención social: una guía con enfoque de género*. Bogotá: Uniandes, CESO y Departamento de Psicología de la Universidad de Los Andes y Agencia Española de Cooperación Internacional - AECI.
- Vargas Trujillo, E. (2007) “*La sexualidad También es Cosa de Niños y Niñas. Guía de Talleres*” Bogotá, ICBF.
- Vargas Trujillo, E. (2007). *Sexualidad... mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Bogotá: Uniandes – Ceso - Departamento de Psicología, Universidad de Los Andes.
- Vargas Trujillo, E. (2006) “*La sexualidad También es Cosa de Niños y Niñas. Manual para Agentes Educativos Socializadores*” Bogotá, ICBF.
- Torres de Mila, G., Vargas Trujillo, C. & Vargas Trujillo, E. (1996). *Adolescencia y sexualidad*. Bogotá: Planeta Colombiana Editorial, S.A.
- Pick, S., Aguilar, J.A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M.H., Pier, D., Acevedo, M.P., Vargas Trujillo, E. (1995). *Planeando tu Vida: Programa de Educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*. (Séptima edición). México D.F.: Ariel México - Grupo Editorial Planeta.
- Vargas Trujillo, E. & Vargas Trujillo, C. (1993) *Me respeto: Educación sexual integral y vida familiar. Programa de educación sexual para preescolar, primaria y secundaria*. Bogotá: Editorial Voluntad.
- Pick, S. & Vargas Trujillo, E. (1991). *Yo, adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas*. México D.F. : Editorial Limusa.

### Capítulos de Libros

- Flórez, C.E. y Vargas Trujillo, E. (2013). La fecundidad adolescente en Colombia: Una aproximación ecológica. En I.C. Jaramillo (Comp.). *Embarazo adolescente: Entre la política y los derechos* (pp. 58 – 90). Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Derecho.
- Vargas Trujillo, E., Barrera, F., Burgos Cantor, M.C. & Daza Mancera, B.C. (2006). Influencia de los programas televisivos que incluyen contenido sexual en el comportamiento de los adolescentes colombianos. En Comisión Nacional de Televisión (Eds.). *Los jóvenes y la Televisión* (vol 2, p. 222-306). Bogotá: Imprenta Nacional.

### Otras publicaciones

- Vargas Trujillo, E., Ibarra, M.C. & Jaramillo, A. (2012). *Maleta Pedagógica. Recursos para dialogar sobre sexualidad*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Educación Nacional, UNFPA, Fundación Imaginario-Citurna.
- Vargas Trujillo, E. (2011). "Me respeto, Te respeto". Bogotá, Colombia: Fundación Imaginario, Ministerio de la Protección social, Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Vargas Trujillo, E. y Gómez, L. (2011). "Sobre tu sexualidad ¿Quién decide?" Bogotá, Colombia: Fundación Imaginario, Ministerio de la Protección social, Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Vargas Trujillo, E. (2011). "Yo = Tú" Bogotá, Colombia: Fundación Imaginario, Ministerio de la Protección social, Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Vargas Trujillo, E., Balanta, P. y Espitia, J. (2011). "Conversemos sobre sexualidad. Guía para agentes de cambio". Bogotá, Colombia: Fundación Imaginario, Ministerio de la Protección social, Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Vargas Trujillo, E., Gambará D'Errico, H. & Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de relaciones sexuales: las apariencias engañan. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1068](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1068)
- Vargas Trujillo, Elvia, Henao, Juanita, González, Constanza (2005). Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida, Documento CESO No. 95, Bogotá: Universidad de los Andes, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales, Facultad de Ciencias Sociales.
- Flórez, Carmen Elisa, Vargas Trujillo, Elvia, Henao, Juanita, González, Constanza, Soto, Victoria & Kassem, Diana (2004). Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida, Documento CEDE, Bogotá: Universidad de los Andes, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Facultad de Economía.
- Vargas Trujillo, Elvia, Barrera, Fernando, Daza, Berta Cecilia, Burgos, María Consuelo (2004). Influencia de los programas televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes, Documentos CESO, Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales.
- Vargas-Trujillo, E. & Barrera, F. (2003). *Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia: algunos factores explicativos*. Bogotá: Documentos CESO, Universidad de los Andes.
- Ibarra Avila, C., Sarmiento Buitrago, E. & Vargas Trujillo, E. (2002). *Tejiendo nuestra vida: Programa de educación sexual*. Cuaderno de Docencia No. 4, Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales.
- Vargas Trujillo, Elvia, Barrera Currea, Fernando (2002). El papel de las relaciones padres-hijos y de la competencia psicosocial en la actividad sexual de los adolescentes Documentos CESO, Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales.
- Vargas Trujillo, E., Vargas Trujillo, C. & Mejía de Camargo, S. (1995). *Enseñando a los niños a evitar el abuso sexual*. Bogotá: Convenio FES, UNICEF, Defensoría del Pueblo.
- Vargas Trujillo, E., Vargas Trujillo, C. & Mejía de Camargo, S. (1995). *Guía para la detección precoz del abuso sexual infantil*. Bogotá: Convenio FES, UNICEF, Defensoría del Pueblo.

#### PRESENTACIONES EN EVENTOS RECIENTES

- Vargas Trujillo, E. (2012). Ejercicio de los derechos humanos sexuales y reproductivos en la adolescencia. Conferencista *Programa Encuentro con el futuro*, Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia – ACAC y Biblioteca Luis Angel Arango, Bogotá, Octubre 26.
- Vargas Trujillo, E. (2012). Embarazo en la Adolescencia: Una aproximación desde los determinantes sociales. *Primera Jornada de Sensibilización para Coordinadores Regionales - Conpes 147*. Bogotá, Junio 27 de 2012, Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Presidencia de la República de Colombia.
- Vargas Trujillo, E. (2012). *Experiencias en programas de prevención y atención del embarazo a edad temprana y en adolescentes. Algunas lecciones aprendidas en Colombia*. Ponencia presentada en el Seminario internacional "Buenas prácticas y lecciones aprendidas para el diseño de un modelo de intervención para la prevención y atención del embarazo a edad temprana y en adolescentes"

- Caracas, Venezuela: IDENA – BID, Abril 26 y 27.
- Gambara, H., Vargas Trujillo, E, del Rio, A., Fernández Aller, C., de Luis Romero, E., Balanta Cobo, P., Ordoñez, X. e Ibarra, C. (2011). Measurement of attitudes and knowledge towards Human Rights Based Approach and Gender Perspective in psychosocial intervention. Poster presentation, XII European Congress of Psychology, Istanbul, Turkey, July 4-8.
- Vargas Trujillo, E. Balanta Cobo, P., Ibarra, C. y Gambara, H. (2011). Promoción de la sexualidad saludable en la juventud: Una intervención social. Ponencia presentada en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología. Medellín – Colombia, Junio 26 al 30.
- Vargas Trujillo, E. y Rojas, A.M. (2011). Propuesta de promoción de la salud sexual y reproductiva en población universitaria. Ponencia presentada en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología. Medellín – Colombia, Junio 26 al 30.
- Vargas Trujillo, E. (2010). El embarazo adolescente. Un análisis desde la perspectiva ecológica”. *Foro “Embarazo Adolescente: No más Silencio”*. Medellín, Noviembre 3.
- Flórez, C.E. y Vargas Trujillo, E. (2010). La fecundidad adolescente en Colombia: Una aproximación ecológica. *XV Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población ALAP*, La Habana, Cuba, Noviembre 16-19.
- Vargas Trujillo, E. (2010). Sexualidad... Mucho más que sexo”. Programa de promoción de la sexualidad saludable. Panel “Experiencias de Trabajo con Jóvenes”. Quinto Congreso Internacional de la Familia. Universidad de La Sabana, Chía, Agosto 27.
- Vargas Trujillo, E. (2009). La sexualidad también es cosa de niños y niñas. *Cátedra del Buen Trato*, Hogares Infantiles del Minuto de Dios, Bogotá, Bogotá, 7 de Julio.
- Vargas Trujillo, E. (2009). Embarazo en la adolescencia: Algunas reflexiones sobre la intervención. Panel sobre “Embarazo Adolescente y Desarrollo” organizado por Acción Social, Bogotá, Corferias, 26 de Junio.
- Vargas Trujillo, E. (2008). Aspectos psicosociales asociados con el inicio de la actividad sexual temprana en Colombia. *Congreso de Salud Pública Ciudad y Salud*, grupos de investigación Cinara, Cedetes, Cisalva, Centro Internacional de Vacunas, División de Salud de Fundación FES y Registro Poblacional de Cáncer de Cali Comfenalco Valle EPS, Cali 16 al 18 de abril de 2008.
- Vargas Trujillo, E. (2008). Aspectos psicosociales asociados con el inicio de la actividad sexual temprana en Colombia. *Curso pre-congreso “Sexualidad y Adolescencia”, X Jornadas de actualización en Ginecología y Obstetricia*, Bogotá, Fundación Santa Fe de Bogotá, Febrero 28 y 29 de 2008.
- Vargas Trujillo, E. (2007). Embarazo adolescente: lecciones de la investigación para la planificación de programas. *Congreso Nacional de Psicología de la Salud*, Neiva-Huila, Abril 26 – 28 de 2007.

## HOJA DE VIDA. INVESTIGADOR ENDS 2015 (9)

**NOMBRE:** José Luis Wilches  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** odenwilches@gmail.com

### PERFIL

Consultor e investigador en salud pública con énfasis en salud sexual y reproductiva y promoción de la salud. Experiencia en investigación -diseño, ejecución, desarrollo de metodologías cualitativas y cuantitativas, organización y análisis de datos y publicación de resultados-. Experiencia en coordinación operativa de programas de salud –planeación, desarrollo, evaluación y sistematización

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### **Estudiante del PhD Behavioral and Community Health Sciences**

Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh. Actual

#### **Maestro en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento**

Instituto Nacional de Salud Pública – Escuela Nacional de Salud Pública de México DF. México, Agosto de 2009

#### **Médico Cirujano**

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Junio de 2002

### EXPERIENCIA PROFESIONAL RECIENTE

#### **Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)**

Consultor técnico para el desarrollo de la “Sistematización de la evaluación de estándares de calidad para la atención integral en violencias de género y sexual en DTS, EAPB e IPS”. Bogotá, Colombia. Febrero-Marzo, 2013

#### **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia**

Consultor técnico en Salud Sexual y Reproductiva para el desarrollo del componente de prevención del aborto inseguro y cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006, en el marco del Sistema de Salud. Bogotá, Colombia. Mayo-Octubre, 2012

#### **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia - Instituto Guttmacher**

Consultor de investigación en las actividades de investigación de campo –coordinación operativa, recolección de datos, organización de datos- sobre la prestación de servicios obstétricos en cinco ciudades del país. Bogotá, Colombia. Enero-Abril, 2012

#### **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas (UNFPA)**

Consultor técnico en Salud Sexual y Reproductiva para el desarrollo del componente de prevención del aborto inseguro y cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006, en el marco del Sistema de Salud. Bogotá, Colombia. Junio-Noviembre, 2011

#### **Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud (CISS), Instituto Nacional de Salud Pública**

Investigador en el proyecto “Oferta y demanda por servicios de salud para la atención del aborto en hospitales públicos de la Ciudad de México”; Coordinador operativo – coordinador de campo en el levantamiento de la información – procesamiento y análisis de los resultados. Cuernavaca, México. 2008-2011

#### **Instituto de Salud del Estado de México – Instituto Nacional de Salud Pública**

Docencia - Profesor adjunto. Taller de formación de técnicos de atención primaria a la salud y cuidadoras de la salud en promoción de la salud. Estado de México, México. 2010

### **Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)**

Profesor invitado - programas de Maestría en Salud Pública, Ciencias de la Salud Reproductiva, Ciencias en Sistemas de Salud (ciclo escolar 2008-2010, 2009-2011); y Programa de actualización en Salud Pública y Epidemiología, curso “*Metodología cualitativa en la investigación en salud pública*”. Cuernavaca, Morelos, México. 2010

### **Dirección de Salud Pública. Hospital de Usme I Nivel**

Coordinador operativo del *Ámbito Barrial Comunitario*, PAB 2006 – Intervenciones a nivel comunitario con enfoque de promoción de la salud y calidad de vida. Bogotá, Colombia. 2006

### **Dirección de Salud Pública. Hospital de Usme I Nivel**

Coordinador proyecto especial “*Fortalecimiento de la medicina tradicional en el cabildo Ambika Pijao como estrategia para el avance en la construcción de una propuesta de salud intercultural*”, 2005. Bogotá, Colombia. 2005-2006

### **Hospital San Antonio**

Médico Grupo Extramural. Proyecto “*Salud integral e intercultural para los habitantes de los corregimientos departamentales. Proyecto de prestación de servicios de salud a las comunidades indígenas de los corregimientos de Pacoa y Papunahua del departamento del Vaupés*”. Mitú, Vaupés, Colombia. 2005

## **PUBLICACIONES RECIENTES**

Aracena Genao B, **Wilches Gutiérrez JL**, Figueroa Lara A, Sanhueza Smith P, Ávila Burgos L, Saucedo AL, Walker D, Molina JF. ***Interrupción legal del embarazo. Recursos disponibles en la Secretaría de Salud del Distrito Federal***. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

[http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/101202\\_ile.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/101202_ile.pdf)

Cervín García V, Esparza L, Espinoza F, Pacheco Magaña LE, **Wilches JL**, Parada I, Cortez M, Monreal ML. Capítulo: ***Experiencia de diagnóstico integral participativo y con enfoque ecosistémico en Morelos***. En: Experiencias de acercamiento comunitario y participación de la población en salud. Arenas Monreal ML, Sosa Delgado N, Corrales Trujillo A (coords.). Cuernavaca, Morelos, México: INDESOL - SEDESOL, 2008.

Eslava J, Saavedra C, Cuervo S, Quemba J, **Wilches J**, Yepes J, Porras N, Velasquez O, Henao J. ***Vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias en la Clínica Carlos Lleras Restrepo del Seguro Social (CCLIR), en Bogotá***. Boletín Epidemiológico Distrital: 6 (7-8). 2002.

## **PRESENTACIONES**

**Wilches Gutiérrez, JLA**; Aracena Genao, B; Figueroa Lara, A. “*Companions of legal abortion service users at Mexico City*”; **Poster - Global Maternal Health Conference 2010**. The Public Health Foundation of India, The Maternal Health Task Force, Engender Health. Nueva Delhi, India. Septiembre de 2010.

Aracena Genao B, **Wilches Gutiérrez JL**, Figueroa Lara A, Sanhueza Smith P, Ávila Burgos L, Saucedo AL, Walker D, Molina JF. *Organización de la atención de las usuarias de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México*. **Ponencia - XXI Congreso de ALASS – CALASS México 2010**. Septiembre de 2010.

Arenas Monreal ML, Cervín García V, Cruz Sánchez M, Espinosa Cárdenas F, Pacheco Magaña LE, **Wilches Gutiérrez JLA**, Celada Murillo V. “*El espacio local: sitio para la construcción de ciudadanía y derecho en salud*”. **Ponencia - XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva**. Bogotá, Colombia. Noviembre de 2009.

**Wilches Gutiérrez JLA**, Arenas Monreal ML. *“Barreras para una intervención sobre ‘el agua’ en una localidad rural de Yauhtepec, Morelos, México”*. **Poster - 4ª Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud**. ORLA - UIPES – FNSP – Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Noviembre de 2009.

**Wilches Gutiérrez, JLA**; Aracena Genao, B; Figueroa Lara, A; Ávila Burgos, L; Saucedo, A; Sanhueza, P. *“Utilización de servicios de salud para la atención del aborto en la Ciudad de México”*. **Ponencia - 13º Congreso de Investigación en Salud Pública**. Instituto Nacional de Salud pública. Cuernavaca, Morelos. Marzo de 2009.

**Wilches Gutiérrez JLA**, Arenas Monreal ML. *“Método de Hanlon modificado en un diagnóstico de salud participativo”*. **Ponencia - 13º Congreso de Investigación en Salud Pública**. Instituto Nacional de Salud pública. Cuernavaca, Morelos. Marzo de 2009.

**Wilches Gutiérrez JLA**. *“Participatory health diagnosis with an ecosystemic approach in the locality of La Nopalera, Yauhtepec”*. **Ponencia - Foro Internacional Ecosalud 2008**. INSP – IDRC. Mérida, Yucatán. Diciembre de 2008.

## HOJA DE VIDA. INVESTIGADORA ENS¿DS 2015 (10)

**NOMBRE:** Elizabeth Castillo  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** [ecastillo.vargas@gmail.com](mailto:ecastillo.vargas@gmail.com)

### PERFIL

Profesional del derecho con perfil humanista. Abogada feminista, activista lesbiana, comprometida con la reivindicación de Derechos Humanos e igualdad plena de poblaciones vulnerables. Con habilidades adquiridas en el ejercicio profesional en el derecho de familia, Salud Sexual, Género y Derechos Sexuales y Reproductivos. Amplia experiencia en formulación y seguimiento de proyectos. Reconocida experiencia en diseño y ejecución de talleres y procesos de formación. Excelentes relaciones interpersonales y destreza para trabajar en equipo.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### Abogada

Universidad de Caldas. 2002

### EXPERIENCIA PROFESIONAL RECIENTE

#### Unidad de apoyo Normativo UAN – Concejal Angélica Lozano

Asesora de Género y Diversidad Sexual. 2013

#### Oriéntame

Coordinadora de Evaluación y Monitoreo. 2012

#### Profamilia

Coordinadora del Programa de Género y Salud Sexual. Coordinación de proyectos ejecutados por el programa. Asesoría en asuntos de género, derechos sexuales y violencias, a todas las instancias de Profamilia. Definición, implementación y coordinación de la línea de diversidad sexual y VIH de la organización. Diseño e implementación de la fase I de Avise (Atención Integral a la Violencia Sexual) con sensibilización y capacitación a todo el personal de la organización, en temas de violencias de género, marco legal vigente e interrupción del embarazo,. Realización de investigaciones académicas y producción de documentos. Representación institucional en eventos internacionales de salud sexual, VIH, género y diversidad sexual. 2005 – 2011.

#### Unión Temporal Profamilia – Arco Iris – Colombia Diversa.

Directora del Centro Comunitario LGBT. Dirección general del equipo y de las actividades a realizar. Supervisión de ejecución del proyecto del Centro Comunitario LGBT. Concertación con la administración distrital para la formulación del modelo de los nuevos centros comunitarios. 2007 – 2009

### PUBLICACIONES

Discriminación Laboral a Lesbianas en América Latina. Capítulo Colombia. Informe realizado por la International Gay and Lesbian Human Rights Commission IGLHRC. Junio 2004

Objeción de Conciencia Médica. Investigación acerca del reconocimiento de la objeción de conciencia médica en jurisprudencias de la Corte Constitucional. Noviembre 2006

Feminicidio, mujeres que mueren por violencia intrafamiliar en Colombia. Febrero 2008

Encuesta LGBT, sexualidad y derechos. Asistentes a la marcha de la ciudadanía LGBT Bogotá. Julio 2009

### PARTICIPACIÓN EN EVENTOS

Stigma and discrimination reduction, an innovative approach from Profamilia. Competencies workshop. New York, 2011.

Integración en servicios de Salud Sexual y Reproductiva y VIH. Conferencia Mundial del Sida. Viena, 2010.

Reducción de estigma y discriminación en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a población LGBT HIV. Competencies workshop. Mumbai, 2009.

Centro Comunitario LGBT, una experiencia exitosa en América Latina. Conferencia WAS 2009 – Asociación Mundial de Sexualidad. Gotemburgo 2009

Diversidad sexual y salud sexual. CLASSES. Guayaquil, 2008.

#### **OTRAS ACTIVIDADES**

##### **Grupo de mamás lesbianas**

Coordinadora. Junio 2003 – actual

##### **Mesa LGBT de Bogotá**

Vocera. 2005 - 2007

## HOJA DE VIDA. INVESTIGADORA ENDS 2015 (11)

**NOMBRE:** Nadia López Téllez  
**NACIONALIDAD:** Colombiana  
**CORREO:** nclopezt@gmail.com

### PERFIL

Socióloga con experiencia en el diseño de procesos de atención a víctimas de violencias de género. Investigadora social con experiencia en el diseño metodológico, análisis de resultados y formulación de líneas de acción en temáticas relacionadas con la violencia y la inequidad. Asesora para el diseño de políticas públicas desde las perspectivas de género y derechos humanos. Gestora de procesos desde el Estado y la Academia, relacionados con la promoción de los derechos humanos de las mujeres, la niñez y poblaciones en altas condiciones de vulnerabilidad.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### **Master en Estudios Políticos y Relaciones Internacionales**

Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Colombia. 2010

#### **Master en Ciencia Política y Filosofía Política**

Université de Paris de L'Est- Marne- la Vallée. 2009

#### **Socióloga**

Universidad Nacional de Colombia. 1998

### EXPERIENCIA PROFESIONAL RECIENTE

#### **Mesa de Concertación en Violencia Conyuga, Montreal, Canadá**

Consultora responsable de diagnosticar el estado de implantación del protocolo de intervención para niños y niñas expuestos a la violencia de pareja. Noviembre 2013 hasta la fecha

#### **Centro de Recursos Interculturales, Montreal, Canadá**

Coordinadora de proyecto "Mujeres enlace", que reúne un grupo de mujeres voluntarias para trabajar el empoderamiento ciudadano con comunidades de diversos orígenes. 2011 - 2013

#### **Centro de Educación y de Acción de las Mujeres, Montreal, Canadá**

Agente de Movilización. Responsable de la programación del centro de mujeres y de la movilización colectiva en torno a asuntos de equidad de género. 2010 – 2011

#### **Convenio Unicef-Proactiva-ICBF**

Consultora. Sistematización de la experiencia de atención a niños, niñas y adolescentes desvinculados del conflicto armado en la modalidad de atención desinstitucionalizada. 2009

#### **Programa Interagencial de Lucha contra las Violencias de Género MDG-Unifem**

Consultora para la elaboración del documento conceptual para la línea de base sobre tolerancia social y tolerancia institucional de la Violencia Basada en el Género. Elaboración de los términos de referencia, metodologías de seguimiento y evaluación del programa. 2009

#### **Alcaldía Mayor de Bogotá- Secretaría Distrital de Cultura**

Asesora para el Diseño de la Política de Cultura Ciudadana destinada a la promoción de hábitos actitudes y percepciones respetuosos de los derechos humanos y de las y los conciudadanos. Responsable del diseño técnico de la política pública a través de la construcción de los ejes y líneas de acción y de la coordinación con las entidades del distrito capital competentes en la promoción del cambio cultural. El programa fue diseñado con base en la perspectiva de derechos humanos y equidad entre los géneros y fue articulado en torno a tres ejes de trabajo: culturas de paz, culturas cívicas y ciudadanías activas, en estos tres ejes se incorporó el enfoque de cultura no sexista como un elemento innovador para el fortalecimiento de la convivencia entre los habitantes de Bogotá. 2008-2009

#### **Corporación Sisma Mujer**

Coordinadora del Área de Incidencia e Investigación. Responsable de la coordinación de procesos de investigación relacionados con la identificación del comportamiento, efectos e implicaciones sociales y políticas de la violencia contra las mujeres en Colombia. Responsable de la coordinación de espacios de incidencia ante el estado colombiano para el fortalecimiento de la justicia de género y el posicionamiento de los derechos humanos de las mujeres en Colombia.

Consultora para el proceso de formulación del Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos y DIH. 2008

**Corpocesdes**

Consultora para la elaboración de diagnósticos departamentales y municipales con enfoque de derechos humanos, para la construcción de los Planes de Desarrollo de los departamentos de Risaralda y Huila desde las perspectivas de Derechos Humanos y Derecho Internacional. 2007

**Plan International Inc.**

Coordinadora del Programa Nacional de Prevención de la Violencia Sexual. Coordinación de los componentes de investigación, fortalecimiento institucional, formación y comunicaciones, en lo referente a las labores de direccionamiento técnico, orientación metodológica, acuerdos interinstitucionales, contratación y seguimiento presupuestal del programa nacional de prevención de la violencia sexual dirigida a niños, niñas y jóvenes. Como coordinadora de la Estrategia de Prevención Integral del Abuso Sexual Infantil poner en marcha iniciativas de cambio cultural en los escenarios educativos y comunitarios así como iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención con las entidades del sector salud, educación, justicia y protección en las regiones de la Costa Pacífica y Costa Atlántica Colombiana, para garantizar la integralidad de la intervención. Responsable de la ejecución del proyecto en materia de coordinación, dirección técnica, apoyo metodológico y seguimiento presupuestal. 2007

**Defensoría del Pueblo - Unicef**

Asesora de la Defensora Delegada para la defensa de los derechos de la Niñez, las Mujeres y la Juventud en el desarrollo de proyectos con enfoque de equidad entre los géneros y apoyo a la construcción de procesos de promoción de derechos humanos de poblaciones vulnerables. Analista de políticas públicas de justicia, salud, educación y protección para la garantía de los derechos humanos de las mujeres, los niños y las niñas en Colombia. Asesora de la Delegada para el abordaje de casos de violencias de género, violencia sexual y maltrato infantil y atención a víctimas para el acompañamiento en la restitución de los derechos vulnerados. Asesora de la Delegada para el desarrollo de iniciativas legislativas, especialmente en lo referente a la coordinación de la Mesa por el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencias. Asesora de la Delegada en la construcción técnica y metodológica de mecanismos de evaluación y veeduría del ejercicio de los derechos humanos de poblaciones en altas condiciones de vulnerabilidad, específicamente aquellas afectadas por violencias de género y por la violencia sociopolítica. Coinvestigadora en el proceso “Caracterización de las Niñas, Niños y Adolescentes desvinculados de los grupos armados al margen de la ley: inserción social y productiva desde un enfoque de derechos humanos”. 2005 - 2007

**Convenio Unfpa – Ministerio del Interior y de Justicia**

Asesora para la puesta en marcha del proyecto “Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar” en las Casas de Justicia de Bogotá y Cundinamarca, con el objetivo de levantar los diagnósticos municipales y locales de la violencia sexual e intrafamiliar, evaluar la calidad de la atención, construir rutas y acuerdos locales y municipales y constituir los equipos técnicos de atención interinstitucional con los sectores: salud, educación, justicia y protección. 2004 - 2005

**Universidad Nacional de Colombia**

Investigadora asesora en el área de cultura ciudadana con responsabilidad en el diseño de instrumentos, análisis de la información y formulación de lineamientos de políticas departamentales y municipales para favorecer la convivencia ciudadana en materia de equidad entre los géneros y promoción del cambio cultural para la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual.

**Alcaldía Mayor de Bogotá – Departamento Administrativo de Bienestar Social**

Coordinadora del proyecto “Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales” cuyo objetivo fue el de mejorar la calidad de la atención a víctimas de delitos sexuales y violencia intrafamiliar priorizando a los niños, niñas y mujeres, desde una perspectiva de defensa, protección y restablecimiento de derechos. Integrante del equipo de la Secretaría Técnica del Consejo Distrital para la Atención Integral a Niños y Niñas Víctimas de Abuso y Explotación Sexual, cuerpo asesor encargado de formular las políticas y programas de atención en protección, salud y justicia de las entidades responsables en Bogotá sobre el tema. Coordinadora del Subcomité de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, encargada de la coordinación de las entidades responsables de la atención directa a las víctimas para fortalecer los procedimientos y cualificar los procesos de atención y restitución de derechos. Apoyar la coordinación de la expansión del Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual en la ciudad de Bogotá desarrollado en cooperación técnica del Unfpa. Integrante del equipo técnico de formulación y ejecución de la política distrital para el abordaje de las violencias intrafamiliar y sexual en el área de transformación cultural para la promoción del buen trato y vigilancia epidemiológica de las problemáticas. Desarrollo como

capacitadora de ejercicios de formación para la modificación de imaginarios que perpetúan la violencia y promoción de las habilidades que contribuyen como factores protectores frente a estas formas de violencia. 2001 - 2005

**Pontificia Universidad Javeriana**

Investigadora en el área de familia, violencia intrafamiliar, derechos humanos, equidad de género y desarrollo educativo, con responsabilidades en el diseño metodológico, construcción teórica, análisis de la información, redacción y edición final de los textos.

**Universidad de Los Andes**

Investigadora en el proyecto "Representaciones de los agentes educativos acerca de la calidad, la evaluación y la gestión en las instituciones de Santa Fe de Bogotá". 1998 - 2000

**Red de Solidaridad Social- Opción Colombia**

Coordinadora de programas sociales para niñez, mujeres y adultos/as mayores. Coordinadora de actividades de promoción de la no violencia contra las mujeres. 1996

**PUBLICACIONES RECIENTES**

"Caracterización de las Niñas, Niños y Adolescentes desvinculados de los grupos armados al margen de la ley: inserción social y productiva desde un enfoque de derechos humanos". Defensoría del Pueblo, Unicef. 2006

*Jefatura, Informalidad y Supervivencia: Mujeres Urbanas en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Santa Fe de Bogotá: Javegraf. 2000*

*Naturaleza del Conflicto en el Área de Atención de Familia, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Consejo Superior de la Judicatura. Santa Fe de Bogotá: Javegraf. 2000*

*Revista Javeriana, Jefatura Femenina de Hogar: Informalidad, Jefatura Femenina y supervivencia. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Número 648, tomo 131, año 66. Santa Fe de Bogotá: 1998*

*Equidad de Género y Calidad de la Educación: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Santa Fe de Bogotá. 2002*

Plan Distrital para la Atención Integral a Niños y Niñas Víctimas de Abuso y Explotación Sexual, Departamento Administrativo de Bienestar Social. Bogotá 2003

Protocolo para la Adecuada Recepción de la Denuncia de delitos Sexuales. Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social. Bogotá 2003

Guía para la Adecuada Identificación de casos de Violencia Sexual. Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social. Bogotá 2003

Violencia Sexual un ABC para conocerla, Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social. Bogotá 2003

Experiencias Innovadoras, Departamento Administrativo de Bienestar Social, Alcaldía Mayor de Bogotá, Serie Proyectos. Bogotá 2003

**RECONOCIMIENTO ESPECIAL**

Por la contribución al restablecimiento de los derechos de las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Noviembre 2002

## 9.2. Anexo 2. Certificación experiencia Profamilia

La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana **Profamilia**, es una entidad privada sin ánimo de lucro especializada en salud sexual y salud reproductiva que ofrece servicios médicos, educación y venta de productos a la población colombiana. Fue constituida en 1965 por el Doctor Fernando Tamayo.

Actualmente cuenta con **33 Centros** en **23 Departamentos** del país; y con un amplio portafolio de servicios especializados que dan respuesta a las necesidades de los diferentes grupos poblacionales en materia de salud sexual y salud reproductiva, así como con una línea de formación para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Desde 1970 Profamilia desarrolla investigaciones Socio-demográficas, Clínicas y Epidemiológicas en área de la salud con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres en edad reproductiva (13 a 49 años).

### **Producción científica reciente**

- Entre el 2011 y el 2013 se conformó una Mesa Técnica Interinstitucional para llevar a cabo el proyecto de la **Serie de Estudios a Profundidad**, el cual, como su nombre lo indica buscaba hacer análisis a profundidad sobre siete temas a partir de los datos que han arrojado las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1990 – 2010.

Consulte los resultados en el siguiente link:  
<http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/Index.html>

- Durante el 2012 la dirección de investigaciones de Profamilia elaboró la **Bitácora de la Sexualidad**. Este es un proyecto institucional en el cual se clasificaron las variables e indicadores de las Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, la Encuesta Distrital de Demografía y Salud (EDDS) de Bogotá de 2011; y la Encuesta en Zonas Marginadas (EZM) de 2011 de acuerdo a la clasificación de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de la Federación Internacional de Planificación Familia (IPPF)

Para ver los resultados consulte:  
<http://www.profamilia.org.co/images/stories/afiches/encuestas-investigaciones/bitacora.pdf>

- Entre 2000 y 2010 Profamilia con el apoyo de USAID adelantó el proyecto “Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Poblaciones Desplazadas y Comunidades Receptoras” en 21 departamentos y 121 municipios del territorio nacional.

En el marco de la operación de los 10 años del proyecto se realizaron tres encuestas para determinar el estado de la salud sexual y salud reproductiva de las comunidades desplazadas y vulnerables que habitan los municipios en los que se llevó a cabo la intervención de Profamilia Social.

La primera **Encuesta en Zonas Marginadas (EZM)** realizada en 2001 es considerada como la línea de base, es decir, como un primer diagnóstico sobre las afectaciones del desplazamiento en la vida sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años). La EZM de 2005 es un referente sobre los cambios que generaron las acciones de la primera etapa del proyecto; y la EZM 2011 es en definitiva una evaluación de impacto de los 10 años de operación del proyecto.

El tamaño de la muestra de la EZM 2011 fue de 300 segmentos con un tamaño promedio de 10 viviendas cada uno, además de permitir estimaciones puntuales de los indicadores del proyecto con un 95 por ciento de confianza y un error estándar del 10 por ciento o menor, permite con un 90 por ciento de confianza para la misma precisión, evaluar cambios en el tiempo de más de 5 puntos porcentuales. Para garantizar que la población pudiera cubrir los requerimientos mínimos muestrales, participaron en la selección para la muestra los 137 municipios con 100 o más personas desplazadas.

Se consideraron de certeza para el estudio los 25 municipios que en el 2010 reportaron 3.000 o más personas desplazadas. Con los 61 municipios restantes se construyeron 13 estratos con un tamaño promedio de 3.000 personas desplazadas y se eligió en cada uno de ellos un municipio con probabilidad proporcional al número de personas desplazadas. En total se entrevistaron en total 2.856 hogares y 3.223 mujeres en edad fértil.

Para ver los resultados consulte: <http://www.profamilia.org.co/encuestaenzonasmarginadas/index.html>

- Durante el 2011 Profamilia realizó la **Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud** para la ciudad de Bogotá y sus 20 localidades. La muestra para la **EDDS - BOGOTÁ** 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 salud reproductiva a nivel de localidades. Se entrevistaron efectivamente 10.411 hogares. El número de mujeres en edad fértil (13-49 años) efectivamente entrevistadas llegó a 10.186 y la tasa de respuesta para este grupo poblacional fue de 91 por ciento.

Para ver los resultados consulte: <http://www.demografiaysaludbogota.co/>

- Desde 1990 Profamilia realiza la **Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)** del Ministerio de Salud y Protección Social. La quinta encuesta de la serie es la ENDS 2010; un estudio de cobertura nacional con representatividad urbana y rural, seis regiones (Caribe, Oriental, Central, Bogotá, Pacífica, y Amazonía-Orinoquía), 16 subregiones y para cada uno de los departamentos de Colombia en forma independiente.

La muestra para la ENDS 2010 comprendió cerca de 50.000 hogares ubicados en las zonas tanto urbanas como rurales de 258 municipios. El tamaño de la muestra se estableció con base en el requerimiento de mayor precisión en la estimación de la desnutrición global a nivel departamental, tomando como base la precisión encontrada en la ENDS 2005.

La recolección de la información se llevó a cabo en aproximadamente un (1) año de labores. Para su desarrollo se conformaron inicialmente doce (12) equipos, compuestos cada uno de ellos por una supervisora, cinco encuestadoras, una nutricionista y una bacterióloga. Cabe anotar que durante el trabajo de campo de la ENDS también se levanta la información correspondiente a la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN).

Para ver los resultados consulte:  
<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/>

- Desde hace 5 años la Universidad de George Washington en alianza con Profamilia viene adelantando el estudio “**Prevalencia del VIH, comportamiento sexual y actitudes hacia la circuncisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)**”. Este es un estudio cualitativo y cuantitativo que indaga por las prácticas individuales y las influencias del entorno sobre el riesgo de contraer VIH, así como por el estado serológico en los HSH. A la fecha se cuenta con resultados parciales.

Para ver los resultados consulte:  
[http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=208](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=208)

#### **Referencias y/o certificaciones**

- a. Certificación Encuesta en Zonas Marginadas 2011.** Se adjunta certificación de la Agencia Internacional de los Estado Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID/Colombia) sobre la realización de la Encuesta en Zonas Marginadas de 2011 (ver archivo carpeta certificaciones) (Ver anexo 2. Digital. Certificaciones Profamilia)
- b. Certificación Encuesta Distrital de Demografía y Salud de Bogotá 2011.** Se adjunta copia del acta de recibo final A-FO-118 del Convenio de Asociación. Suscrito entre la Secretaría Distrital de Planeación, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) para “aunar recursos financieros, técnicos y operativos entre las partes para la realización de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud por Localidades en el Distrito Capital”.
- c. Certificación Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.** Se adjunta copia del acta de liquidación del convenio especial de cooperación No. 076 de 2010. Suscrito entre el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) para “aunar esfuerzos para realizar y difundir la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN).
- d. Registro de Calidad del Proceso Estadístico CI -018-072.** Se adjunta copia del registro de acreditación de la calidad del proceso de la operación estadística de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud producida por Profamilia expedido por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

- e. **Certificación Estudio sobre Prevalencia de VIH/Sida, comportamiento sexual y actitudes hacia la circuncisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).** Se adjunta copia de la certificación de la Universidad de George Washington en el que consta que “La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia fue el coordinador del proyecto “*Prevalencia de VIH/Sida, comportamiento sexual y actitudes hacia la circuncisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*” según el convenio 08-S10 Proyecto No.29167/ccls20434F.

### 9.3. Anexo 3. Certificación grupo de investigación de Profamilia por Colciencias



Inicio / Opciones de búsqueda / Colciencias / Inscripción / Ingresar

[Volver](#)

Código	Nombre de Grupo		Líder	Avalado	Estado	Clasificado en
<a href="#">1</a> COL0099286	<a href="#">PROFAMILIA</a>	<a href="#">Ver Perfiles</a>	<a href="#">JUAN CARLOS VARGAS RUGELES</a>	1 de 1	Categoría D	Convocatoria año 2013

Un Grupo Encontrado:  
**1**

[Volver](#)



Desarrollado por  CORPORACIÓN DE INGENIERÍA Y SOCIEDAD

Link: <http://190.216.132.131:8080/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nro=0000000009980>

## 9.4. Anexo 4. Informe de actividades validación planes de análisis ENDS 2015

### INFORME DE ACTIVIDADES DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LOS PLANES DE ANÁLISIS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN ENDS 2015

---

#### I. GENERALIDADES

**Fase del estudio:** Primera fase: preparación y diseño del protocolo de investigación.

**Actividades que componen la Fase:**

- Diseño y validación de los planes de análisis e instrumentos de investigación
- Elaboración del protocolo de investigación

**Actividad a reportar:**

- Diseño y validación de los planes de análisis y los instrumentos de investigación de de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015

**Periodo de la actividad:**

- Septiembre de 2013 a 2 de mayo de 2014

**Entidades responsables:**

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia

**Entidades aportantes para el desarrollo de la actividad:**

<i>Entidad</i>	<i>Aporte</i>
Profamilia	\$96.761.848
Open Society Foundation	\$482.000
Onu Mujeres	\$22.608.000
<b>TOTAL ACTIVIDAD</b>	<b>\$119.369.848</b>

#### II. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

En el marco del proceso de especialización y fortalecimiento de las encuestas que conforman el Sistema Nacional de Estudios en Salud liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, se diseñó un mecanismo estandarizado para la revisión de las temáticas que componen la ENDS, con el fin de contar con un plan de análisis para cada uno de los capítulo y con instrumentos de investigación actualizados

La metodología para el fortalecimientos de los instrumentos de investigación de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 se basó en la conformación de un equipo de expertos/as temáticos que debían desarrollar los planes de análisis de los diferentes capítulos, dicho grupo contó

con el acompañamiento permanente del equipo del Ministerio de Salud y Protección Social y con el área de investigaciones de Profamilia, el cual integró todos los cambios y consolidó los instrumentos de investigación.

Así mismo, para la validación de cada uno de los planes de análisis se convocó a diferentes usuarios de la información de la ENDS tales como entidades gubernamentales, organizaciones sociales, agencias de cooperación internacional y empresas privadas. Esta diversidad de actores provee de legitimidad al proceso y a su vez recoge intereses y necesidades de información de los diferentes sectores. Las principales actividades realizadas fueron:

Actividad	Soporte
Elaboración de la metodología para el desarrollo del Plan de Análisis de cada una de las temáticas constitutivas de la ENDS 2015	(Anexo 1. Metodologías para desarrollo de los planes de análisis)
Convocatoria a investigadores/as expertos/as en los temas de la ENDS 2015 y contratación de investigadores/as	
Envío de la metodología para el desarrollo del Plan de Análisis y otros documentos pertinentes a los investigadores/as	
Elaboración de los Planes de Análisis por parte de cada uno de los investigadores/as	(Anexo 2. Planes de Análisis)
Revisión de los Planes de Análisis por parte de la Dirección de Investigaciones de Profamilia	
Ajustes a los Planes de Análisis según sugerencias de la Dirección de Investigaciones de Profamilia	
Validación y Socialización de los Planes de Análisis ante expertos temáticos del Ministerio de Salud y Protección Social y expertos de otras entidades	(Anexo 2. Planes de análisis y listas de asistencia a sesiones de validación)
Elaboración de las memorias de las reuniones para la validación y socialización de los planes de análisis	(Anexo 2. Planes de análisis y memorias sesiones de validación)
Ajustes a los Planes de Análisis según sugerencias de los expertos temáticos del Ministerio de Salud y Protección Social y de otras entidades	(Anexo 2. Planes de Análisis)
Diseño de los instrumentos de investigación ENDS 2015	(Anexo 3. Cuestionarios ENDS 2015)

### III. PRODUCTOS

- Metodología para el diseño de los Planes de análisis
- Dieciséis (16) Planes de Análisis de las temáticas constitutivas de la ENDS 2015
- Dieciséis (16) procesos de validación y socialización de los Planes de Análisis constitutivos de la ENDS 2015
- Cuatro instrumentos de investigación para la ENDS 2015

#### IV. PLAN DEL TRABAJO A FUTURO

<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fase</b>	<b>Fecha límite</b>
Revisión de los instrumentos de investigación	Ministerio de salud y Protección Social	Primera Fase: Diseño del protocolo de investigación	Mayo 09 de 2014
Ajustes a los instrumentos de investigación de acuerdo a comentarios MSPS	Profamilia	Primera Fase: Diseño del protocolo de investigación	Mayo 13 de 2014
Diseño del protocolo de investigación	Profamilia	Primera Fase: Diseño del protocolo de investigación	Sujeto a envío de documento de muestra maestra por parte del MSPS y a reunión para definir si el levantamiento de muestra se hace al mismo tiempo que el operativo de campo
Revisión y aprobación del protocolo de investigación	Ministerio de salud y Protección Social	Primera Fase: Diseño del protocolo de investigación	Sujeto a entrega del protocolo
Ajustes al Protocolo de investigación	Profamilia	Primera Fase: Diseño del protocolo de investigación	Sujeto a entrega de comentarios
Presentación del protocolo de investigación ante el Comité Técnico de la ENDS 2015	Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia	Primera Fase: Diseño del protocolo de investigación	Sujeto a aprobación del protocolo por parte del MSPS
Documento metodológico prueba piloto	Profamilia	Segunda Fase: Prueba piloto	Mayo 09 de 2014
Capacitación para prueba piloto	Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia	Segunda Fase: Prueba piloto	Mayo 19 a 30 de 2014
Prueba Piloto	Profamilia	Segunda Fase: Prueba piloto	Junio 01 a 08 de 2014
Informe prueba piloto	Profamilia	Segunda Fase: Prueba piloto	Junio 20 de 2014

## 9.5. Anexo 5. Formularios ENDS 2015

## 9.6. Anexo 6. Instructivo para el desarrollo de los planes de análisis

### Instructivo para el Desarrollo Del Plan de Análisis

---

#### CONSIDERACIONES GENERALES

Con el fin de dar respuesta a los objetivos de la encuesta desde el enfoque de derechos, con énfasis en los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como desde la perspectiva de género, el plan de análisis de la Ends 2015 se elaborará a partir un ejercicio de estandarización conceptual. Este se alimentará de 18 matrices que corresponden a las temáticas que se trabajan en la encuesta. Las matrices tienen tres series de campos en los que se identifican:

- a) Las Generalidades del capítulo;
- b) El Enfoque Teórico desde el cual se abordará la temática, el cual debe tener en cuenta tanto el enfoque de derechos como la perspectiva de género, y;
- c) El Enfoque Metodológico en el que se desarrolla la propuesta de ordenamiento del análisis de la información junto con sus respectivos tabulados.

Para el diligenciamiento de la matriz de análisis de cada una de las temáticas, la dirección de investigaciones de Profamilia hará entrega del formato con la sección de generalidades ya diligenciada y el o la investigadora deberá desarrollar los contenidos de los campos del enfoque teórico y el enfoque metodológico.

Independientemente de la temática, para el desarrollo de las matrices de análisis se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El enfoque de derechos y la perspectiva de género son la base del análisis de la información de la ENDS.
- El análisis debe considerar las cuatro grandes unidades de observación: hogares, personas en los hogares (residentes habituales), mujeres en edad reproductiva (13 a 49 años), y hombres en edad reproductiva (13 a 59 años). Adicionalmente, para el capítulo sobre cáncer la unidad de observación son las mujeres de 18 a 69 años; y para efectos de la temática sobre educación para la sexualidad la unidad de observación son las y los adolescentes y jóvenes de 13 a 24 años.
- Si bien se consideran grupos poblacionales como las personas en situación de discapacidad, la población LGBT, los y las migrantes internacionales y los grupos étnicos, la ENDS no está concebida para hacer un análisis a profundidad a nivel departamental, esta permite una caracterización a nivel nacional para dichos grupos poblacionales.
- No se debe perder la trazabilidad de la información, es decir se debe tener en cuenta el histórico de las variables consideradas para toda la serie de la ENDS (1990, 1995, 2000, 2005, 2010), de tal manera que se consolide un sistema de homologación para las diferentes cohortes de medición.
- No se debe perder de vista la comparabilidad respecto a las otras DHS a nivel internacional.

## SECCIONES DEL PLAN DE ANÁLISIS

A continuación se describen uno a uno los campos a diligenciar para el desarrollo de la matriz de análisis ENDS 2015.

### Primera sección: Generalidades

- *Título del capítulo:* Título según la tabla de contenidos ENDS 2015
- *Objetivo ENDS:* se consigna el objetivo del capítulo según el protocolo de investigación
- *Derechos sexuales y derechos reproductivos:* identificación los derechos sobre los que da cuenta el capítulo según la agrupación consignada en el protocolo de investigación.
- *Objetivos de Desarrollo del Milenio:* identificación del objetivo al que le da respuesta la información que provee el capítulo.
- *Medidas Prioritarias. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 2013:* identificación de la medida a la que se da respuesta con la información que provee el capítulo.
- *Indicadores básicos:* lista de los indicadores que el capítulo aporta a la Bateria de Indicadores Demográficos, Socioeconómicos y de Salud de la Población y de las mujeres en edad fértil, por zona, regiones y departamentos.
- *Tabulados básicos:* Lista de los tabulados que corresponden al capítulo, de acuerdo con la estructura de las DHS.

### Segunda sección: Enfoque Teórico

- *Marco teórico:* descripción del enfoque con el que cuenta actualmente el capítulo de la ENDS y justificación y descripción del nuevo enfoque teórico a través del cual se hará el análisis de la temática para el 2015. Cabe reiterar que tanto el enfoque de derechos como la perspectiva de género deben verse reflejados en la propuesta. Para el desarrollo del marco metodológico haga uso de las definiciones operativas que se encuentran en la Guía Temática de Salud Sexual y Reproductiva de Profamilia: <http://www.profamilia.org.co/images/stories/prensa/informes-periodisticos/guia-tematica.pdf>
- *Marco normativo:* descripción del marco normativo nacional e internacional que da soporte a la información que aporta el capítulo.
- *Título del capítulo:* este campo solo aplica para las nuevas temáticas que se incorporarán en la ENDS 2015. No obstante, si él o la investigadora considera que el título del capítulo no corresponde a lo que allí se desarrolla, debe justificar el nuevo nombre que le daría.
- *Objetivos específicos:* se deben definirlos objetivos a desarrollar a partir del análisis de la información propia de cada capítulo.

### Tercera sección: Marco Metodológico

- *Descripción general de contenidos cuestionario hogar o mujeres:* se deben describir los diferentes componentes o subtemas que se van a desarrollar a lo largo del capítulo para el análisis de los datos que sobre la temática arroja el cuestionario de hogar o de mujeres en edad reproductiva (13 a 49 años).

- *Descripción general de contenidos cuestionario hombres:* se deben describir los diferentes componentes o subtemas que se van a desarrollar a lo largo del capítulo para el análisis de los datos que sobre la temática arroja el cuestionario de hombres 813 a 59 años).
- *Ajustes al instrumento de investigación:* Identificación de las preguntas (variables) que corresponden a cada uno de los subtemas y argumentación de cambios al cuestionario, ya sea por:
  - *modificación de pregunta:* corresponde a cambios en la redacción
  - *inclusión de pregunta:* se refiere a añadir una nueva pregunta al formulario, para esto es preciso que se referencie la fuente de la pregunta, es decir, las preguntas ya deben haber sido utilizadas en otro estudio de tal manera que se incorporen preguntas que ya estén probadas, pues en esta ocasión no se podrán realizar pruebas cognitivas para probar las preguntas.
  - *exclusión de preguntas:* retirar preguntas del cuestionario.
  - *reubicación de preguntas:* solicitud de incorporación de preguntas de otras secciones del cuestionario a la batería de preguntas de la temática; o sugerencia de cambio de una pregunta de la batería de la temática a otra sección del formulario
- *Sistema de homologación de tabulados:* se debe listar los tabulados tanto de mujeres como de hombres, de acuerdo a la nueva conceptualización del capítulo, e identificar su correspondencia con los tabulados ENDS 2010. Si se requiere agregar un nuevo tabulado, es preciso darle nombre y describir su contenido.

#### DOCUMENTACIÓN DE APOYO PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE ANÁLISIS

1. Mail presentación plan de análisis
2. Ficha plan de análisis por temática
3. Instructivo para el desarrollo del plan de análisis
4. Ejemplo de plan de análisis: Capítulo violencia contra las mujeres
5. Primer borrador del protocolo de investigación de la ENDS 2015
6. Tabla de contenidos ENDS 2015
7. Formularios (hogar, mujeres y hombres en edad fértil)
8. Documento de revisión de los formularios por parte de Profamilia
9. Plan de análisis de la DHS
10. Indicadores DHS

**MATRIZ BÁSICA PARA EL DESARROLLO DE LOS PLANES DE ANÁLISIS. ENDS 2015**

**I. GENERALIDADES**

Título del capítulo:

Objetivo general ENDS:

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos:

Objetivos de Desarrollo del Milenio:

Medidas Prioritarias. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 2013:

Indicadores básicos:

Tabulados básicos:

Gráficos:

**II. ENFOQUE TEÓRICO**

Marco conceptual:

Marco Normativo:

Título del capítulo:

Objetivos específicos temática:

Título del capítulo:

Objetivos específicos de la temática:

**III. ENFOQUE METODOLÓGICO**

Descripción general de los contenidos cuestionario mujeres:

Descripción general de los contenidos cuestionario hombres

**Ajustes al instrumento de investigación:**

Modificación de preguntas

Inclusión de preguntas

Exclusión de preguntas

Reubicación de preguntas

**Sistema de homologación de tabulados:**

# Tabulado ENDS 2010	# Tabulado nuevo	Título del Tabulado	Descripción del Tabulado

## 9.7. Anexo 7. Planes de Análisis Temáticas ENDS 2015

## 9.8. Anexo 8. Formatos Sistema de Control de la Calidad de los Datos