

Métodos Epidemiológicos y No epidemiológicos para la Evaluación de Políticas Públicas

**Seminario de Investigaciones- Secretaría
de Salud de Bogotá**

Se evalúa para el éxito y no para el fracaso.

La evaluación es una herramienta de la gestión dirigida a asegurar la mejor aplicación de los recursos mediante la identificación oportuna de aspectos críticos que deben corregirse.

La evaluación:

1. Debe diseñarse desde el momento en que se toman las decisiones y no al final
2. Debe centrarse en *factores críticos* de éxito
3. Debe cubrir la estructura, los procesos y los resultados
4. Debe incorporarse oportuna y efectivamente a la toma de decisiones

La evaluación no es un fin sino un medio

Lecciones aprendidas del primer PDSP

	Descripción de la experiencia	Lección aprendida	Recomendación al Ministerio
Evaluación de la planificación	El nivel de desarrollo de competencias de los tomadores de decisiones del nivel territorial en materia de evaluación, es débil.-	Los tomadores de decisiones tienen una actitud favorable frente a la evaluación, pero no cuentan con recursos técnicos para llevarla a cabo. Esta limitante interfiere de forma importante con el desempeño de la planificación	Desarrollar un sistema de evaluación integrada de la gestión que cubra de forma articulada los diferentes Planes
	No se ha desarrollado una cultura de la planeación incorporada a la toma de decisiones. Aún en las grandes ciudades la evaluación sigue siendo un acto mecánico centrado en la aplicación de instrumentos		Implementar un programa de capacitación en servicio dirigido a fortalecer las competencias de los entes territoriales en gestión integral de la salud pública
	Los tomadores de decisiones del nivel territorial no disponen de instrumentos para evaluar las intervenciones en salud		Fortalecer espacios sistemáticos de planificación / evaluación liderados por los entes territoriales en sus ámbitos de influencia, con apoyo de las Universidades de la región Desarrollar un sistema de información al servicio de la gestión integral (no solo de la planificación)

Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa¹⁰

Investigación cualitativa	Investigación cuantitativa
Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus datos	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

Tomado de: Investigación cualitativa y cuantitativa Diferencias y limitaciones
Rudy Mendoza Palacios

1. La pregunta ontológica. ¿Cuál es la forma y la naturaleza de la realidad, más aún, qué es aquello que podemos conocer de ella? Por ejemplo, si se asume un mundo "real" y se puede conocer cómo es , es decir "cómo son realmente las cosas" y " cómo funcionan realmente las cosas".

2. La pregunta epistemológica. ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre el conocedor o el posible conocedor y qué es aquello que puede ser conocido ?

La respuesta que podría ser dada a esta pregunta está condicionada por la respuesta ya dada a la pregunta ontológica

3. La pregunta metodológica. ¿Cómo el investigador (el futuro conocedor) puede descubrir aquello que él o ella creen puede ser conocido? Como en las oportunidades anteriores, la respuesta que podría darse a esta pregunta está condicionada por las primeras dos respuestas ; esto es , que no sólo cualquier metodología es apropiada.

TABLA 6.1 Creencias Básicas (Metafísicas) de los Paradigmas de Investigación Alternativos.

Item	Positivismo	Postpositivismo	Teoría Crítica y otras	Constructivismo
Ontología	realismo "naïf": realidad "real" pero aprehensible.	realismo crítico: realidad "real" pero sólo imperfecta probabilísticamente aprehensible.	realismo histórico: realidad virtual modelada por valores sociales, políticos, culturales económicos, étnicos y de género	relativismo: realidades locales y específicamente construidas
Epistemología	dualismo/ objetivismo hallazgos verdaderos	dualismo modificado tradicón crítica probablemente verdaderos	discusiones críticas subjetivista hallazgos mediados por los valores	discusiones críticas subjetivista hallazgos construidos
Metodología	Experimentación manipulación; verificación de hipótesis métodos cuantitativos exclusivamente	Experimentación modificada/ manipulación; ; multiplicación crítica; falsación de hipótesis; puede incluir métodos cualitativos	dialogica/dialéctica	hermenéutica/ dialéctica

Ventajas e inconvenientes de los métodos cualitativos vs cuantitativos.

Métodos cualitativos	Métodos cuantitativos
Propensión a " <i>comunicarse con</i> " los sujetos del estudio	Propensión a " <i>servirse de</i> " los sujetos del estudio
Se limita a preguntar	Se limita a responder
Comunicación más horizontal... entre el investigador y los investigados... mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural	
Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo que encuentran no es generalizable a la población	Son débiles en términos de validez interna -casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir-, pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población
Preguntan a los cuantitativos: ¿Cuan particularizables son los hallazgos?	Preguntan a los cualitativos: ¿Son generalizables tus hallazgos?

Modelo Canadiense: Evaluación con Enfoque de Riesgo

- Estudios Descriptivos
- Estudios Explicativos
- Habla de Variables o Factores y no de Procesos
- Puede haber aproximación a “variables” que den cuenta de determinantes sociales.

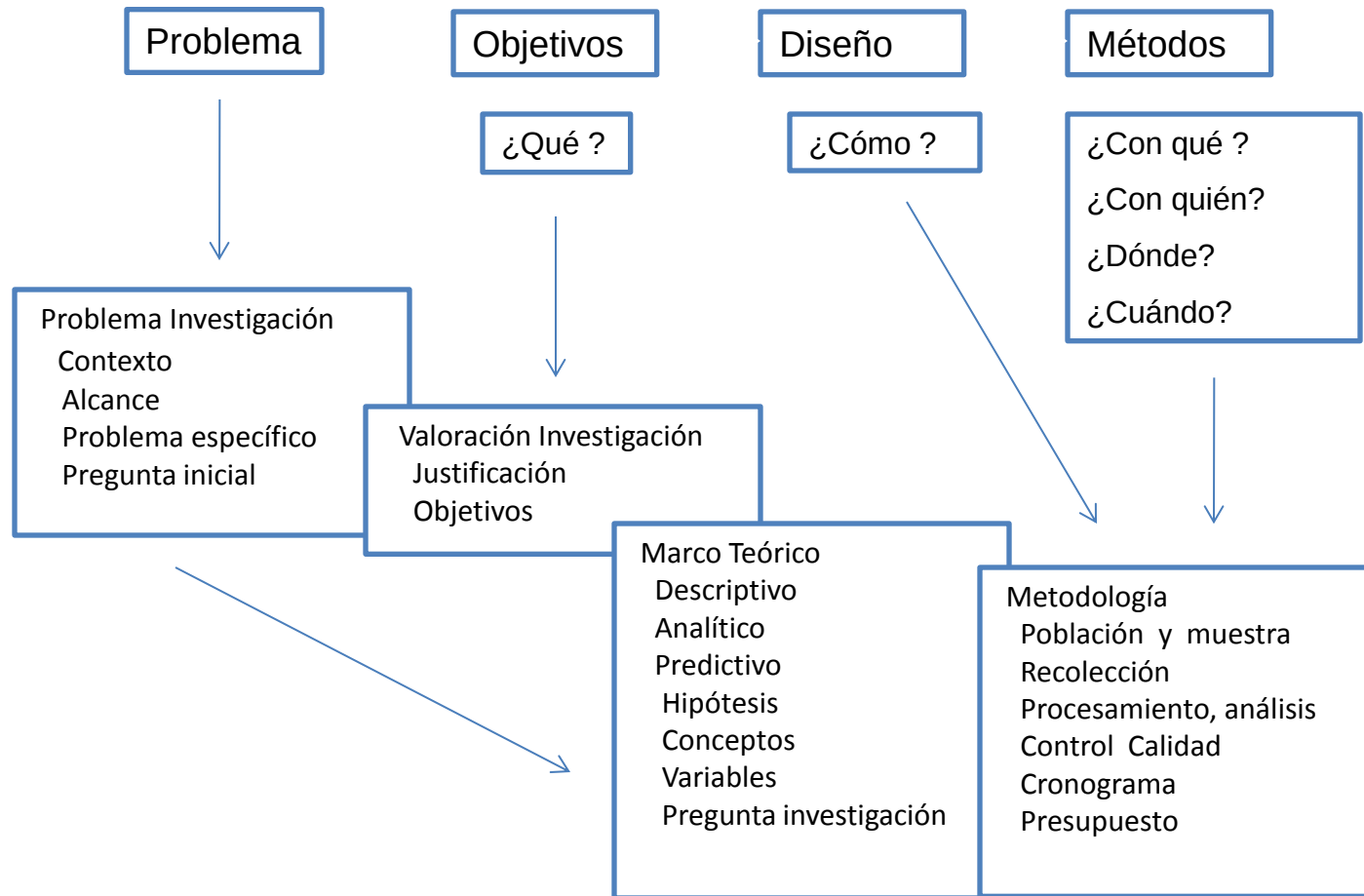
Modelo OMS: : Evaluación con Epidemiología Social: Visibilizar Desigualdades. Jerarquiza procesos.

- Estudios Descriptivos
- Estudios Explicativos
- Habla de Variables o de Procesos
- Puede haber aproximación a “procesos” que den cuenta de determinantes sociales.
- Mide diferenciales de Desigualdad.
- Avances en Problematización: Ejemplo Modelo de Fuerzas Motrices.
- No visibiliza la el proceso de acumulación.- J. Breilh

Modelo de Determinación Social del Proceso Salud Enfermedad: : Evaluación con Enfoque Epidemiología Crítica:

- Lo biológico y social hacen parte de una unidad intrínseca.
- Incidir en todos los niveles etiológicos de la realidad: Prevención Profundad.
- Las 4 S de la vida: Sustentabilidad, Soberanía, Solidario, Saludable y biosegura
- Dimensión General, Dimensión Particular, Dimensión Local. Individual.

LA EVALUACION DE UNA POLITICA PUBLICA ES UN PROCESO DE INVESTIGACIÓN



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Una investigación comienza como un problema de investigación, o como una o varias preguntas
- ✓ Inscrito en una temática
- ✓ Guía el diseño del estudio

FUENTES DE PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

Situación problemática que requiere investigación

- Diferencia o discrepancia percibida entre lo que existe o es deseable – vacíos de conocimiento
- Hay más de una respuesta

PRESENTACIÓN – ESTRUCTURACIÓN PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Debe ser planteado por escrito antes de proceder al diseño del estudio (ambigüedades, multiplicidad).
- ✓ Debe ser lo suficientemente amplio como para explicar toda la problemática pero lo suficientemente corto para no convertirse en parte del marco teórico.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN PROPIAMENTE DICHO

Contexto y formulación del problema de investigación, **Ejemplos**

- ✓ En el departamento xxxxx, se ha formulado la política xxxxx pero a pesar de xxxx esta no ha sido evaluada – analizada (**Políticas públicas y enfoques de evaluación–análisis de políticas públicas**)
- ✓ En el hospital de Chapinero existe el programa de control prenatal pero no se conoce la adherencia de las gestantes adolescentes al mismo ni las percepciones que tienen con respecto al programa (**enfoque percepciones**)

Insuficiencia de los conocimientos disponibles foco y alcance de la investigación

Formulación definitiva del problema

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN PROPIAMENTE DICHO

Contexto y formulación del problema de investigación, **Ejemplos**

- ✓ En la información recolectada en la base de datos del SIVIGILA del Departamento de xxxxxx con respecto a los eventos XXXX, XXXX no se ha determinado la prevalencia de (enfermedad, factores de riesgo etc), o no se ha determinado la asociación, otros **(en el marco teórico se debe describir el proceso de vigilancia epidemiológica y el SIVIGILA) .**
- ✓ No están, no existen bases de datos, la base de datos existente (s) necesitan ser, unificadas, depuradas, sistematizadas, caracterizadas en términos de ubicación, seguimiento, frecuencia desenlace de: eventos relacionados con integrantes de programas, usuarios, donantes, etc, etc, (de acuerdo a las características de las base de datos) y/o se requiere construir una línea de base paraxxx **(en el marco teórico se debe describir la Red de laboratorios , etc)**

PRESENTACIÓN – ESTRUCTURACIÓN PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Utilidad de la información

Mejora la salud pública

¿Quién utilizará los resultados?

¿Cómo se utilizarán los resultados?

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación

Se define en términos de aquello que el investigador espera responder al abordar el problema de investigación

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

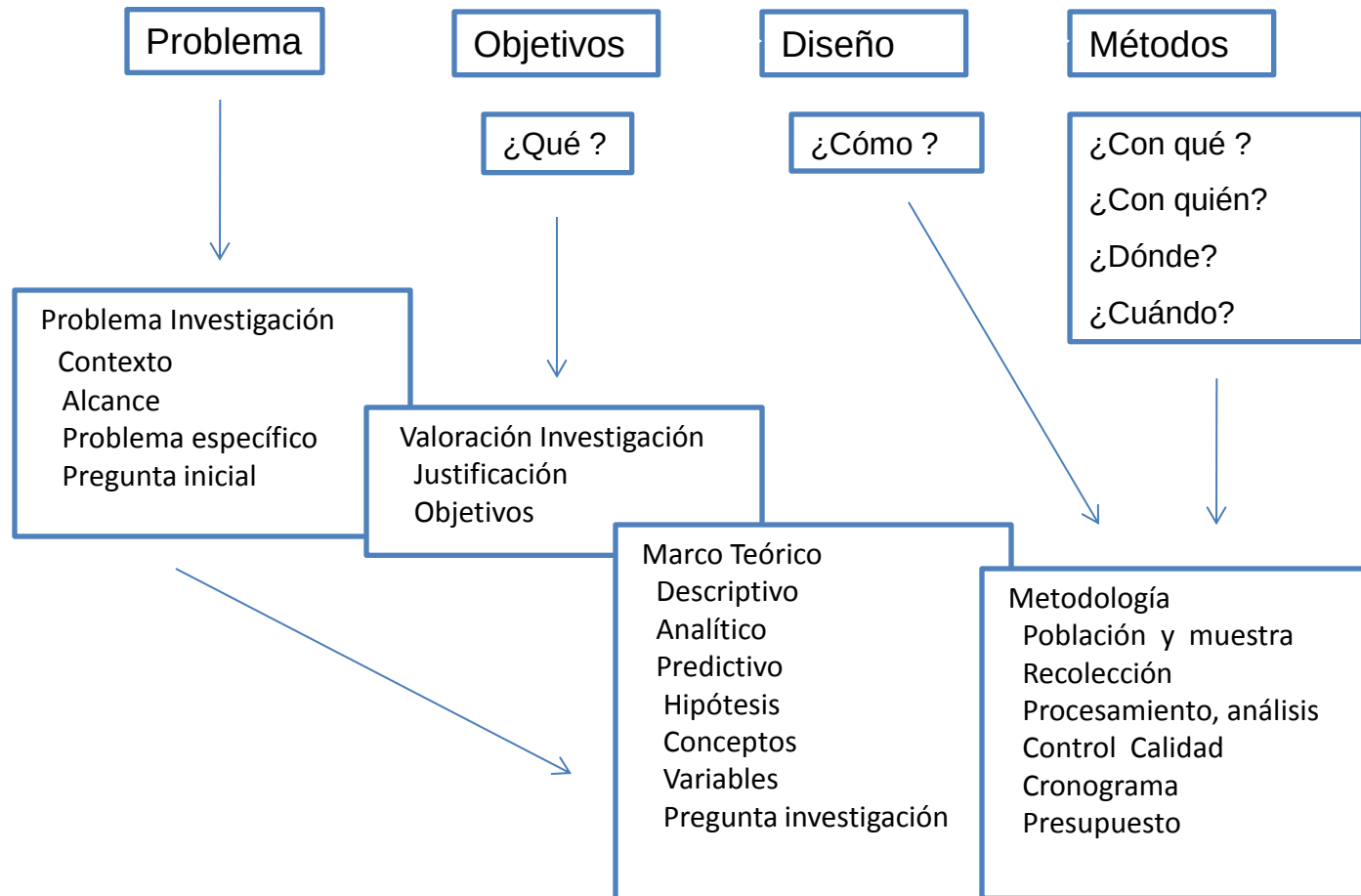
La pregunta de investigación

Si el investigador hace una predicción de la respuesta a esta pregunta entonces está planteando una **hipótesis**



No.	ITEM	Si	No	NA
1	Idea/tema			
1	Problema			
2	Identifica problemática de salud/necesidad de salud			
3	Identificación del problema y criterios para selección problema			
	Relevancia			
	Factibilidad			
	Aplicabilidad			
	Necesidad decisores			
	Criterios éticos			
4	Pasos en la formulación del problema			
	Descripción cuerpo central			
	Análisis problema (Diagramas, etc.)			
5	Foco y alcance de la investigación			
	Utilidad Actual			
	Utilidad futura			
6	Formulación problema – componentes			
	6.1. Ubicación de contexto			
	Antecedentes			
	Aspectos socioeconómicos			
	Políticas y/o programas			
	Sistema de salud			
	Actores			
	6.2. Descripción naturaleza y características del problema			
	6.3. Análisis de los factores mayores que inciden en el problema			
	6.4. Insuficiencia del conocimiento disponible			
	6.5. Descripción de soluciones anteriores y como resultaron			
	6.6. Lista de definiciones y conceptos			
7	Formulación del problema específico			
8	Formulación definitiva del problema			

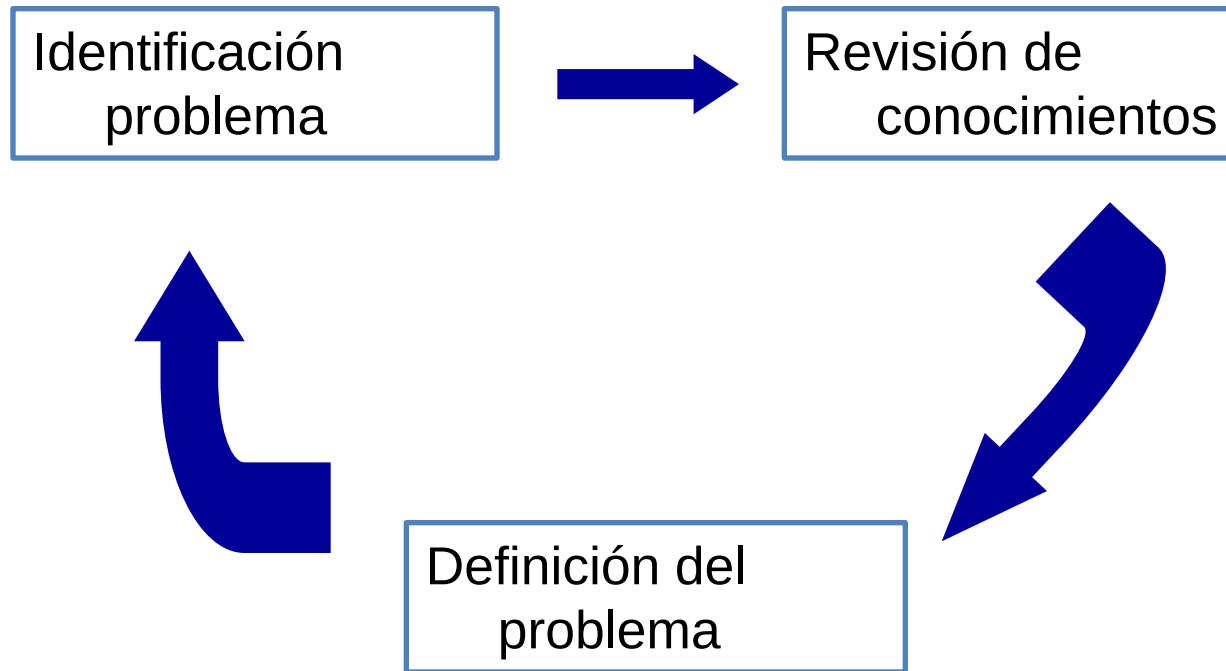
Proceso de Investigación y Proyecto





Universidad de
los Andes

Pasos para el análisis y formulación de problemas



ejemplos de Problemas de Investigación

1. ¿Cómo influyeron las intervenciones de campo para disminuir la incidencia de tos ferina en el municipio de Girón- Santander en el año 2014?.
2. Qué efecto tiene el uso de los medios audiovisuales como estrategia educativa para la identificación temprana de signos de alarma en niños por parte de los cuidadores en el municipio de Acacias- Meta en el año 2013?

- Cuando se tiene planteado un problema y se busca bibliografía, el investigador tiene el compromiso de buscar una hipótesis.
- Podemos definir a la hipótesis, como la pregunta que reúne ciertas características e intenta dar respuesta a algo.
- PREGUNTA: nos da respuestas que ya esperábamos. Conocer la conjetura sobre el modo particular en que se relacionan dos o más variables.
- El estudio lo que pretende es que ocurra algo y demostrar que esto es lo que esperamos.

Ejemplo de formulación de una hipótesis

- Realidad problemática : Mortalidad infantil.
- Enunciado del problema : ¿En qué medida el alcoholismo de los padres determina la mortalidad infantil?.
- Hipótesis : El alcoholismo en los padres determina alta mortalidad infantil.
- Variable independiente : Alcoholismo en los padres.
- Variable dependiente : Mortalidad infantil.

Clases de hipótesis

- Una hipótesis puede formularse a partir de las relaciones observadas entre las características de una REALIDAD (hipótesis inductiva) o, a partir de una TEORÍA (hipótesis deductiva).
- Ejemplo de una hipótesis inductiva: "Las estrategias de comunicación, educación e información en salud en hábitos higiénicos mejora el empoderamiento de la salud por parte de la comunidad".
- Ejemplo de una hipótesis deductiva: "...uno de los postulados del modelo trans- teórico sobre cambio de comportamiento en salud sostiene que es necesario identificar en que etapa esta determinada población para lograr un verdadero efecto por ejemplo dejar de fumar".

- a) Hipótesis descriptivas: Son suposiciones referidas a la existencia, la estructura, el funcionamiento, las relaciones y los cambios de ciertos fenómenos. Ejemplo: Cual es la prevalencia de enfermedad periodontal en adolescentes en Barranquilla?
- b) Hipótesis explicación causal: Son suposiciones tentativas acerca de los factores que serían la causa del fenómeno estudiado. Ejemplo: La enfermedad periodontal en adolescentes en Barranquilla esta asociada a la malnutrición en este grupo poblacional.
- c) Hipótesis singulares o empíricas: Se refieren a un solo sujeto, claramente identificado. Ejemplo: El brote de tos ferina en Colombia en el año 2012 produjo aumento en la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.
- d) Hipótesis generales: Se refieren a la totalidad de sujetos. Ejemplo: La participación comunitaria en salud en una comunidad favorece la disminución de la incidencia de violencia intrafamiliar.

Tipos de Hipotesis

a) Hipótesis de investigación: H_i

Son proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables. También se les denomina hipótesis de trabajo.

b) Hipótesis nula: H_0

Son, en un sentido, el reverso de las hipótesis de investigación. También constituyen proposiciones acerca de la relación entre variables solamente que sirven para refutar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación.

c) Hipótesis alternativas:

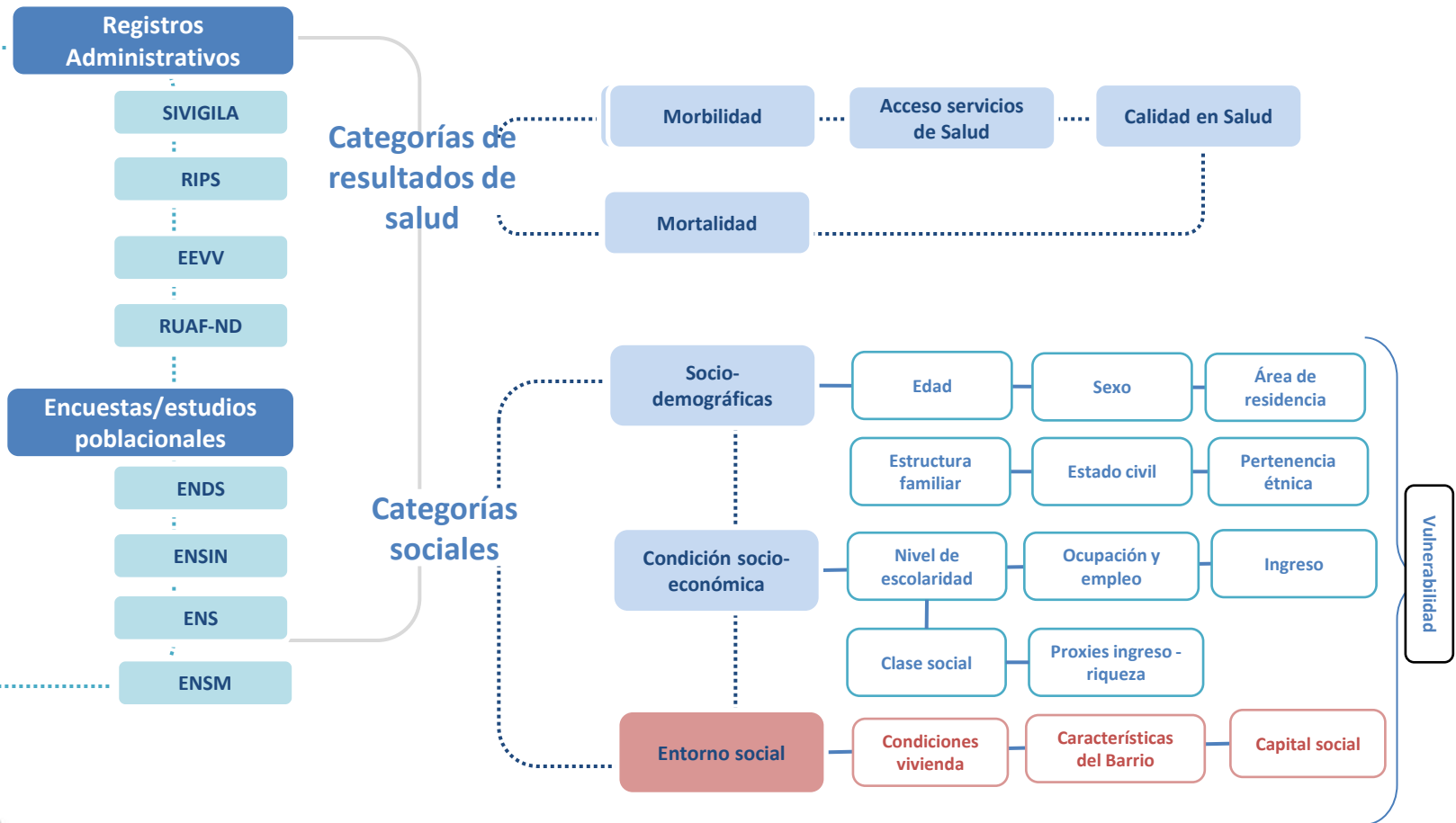
Son posibilidades "alternativas ante las hipótesis de investigación y nula. Ofrecen otra descripción o explicación distintas a las que proporcionan estos tipos de hipótesis.

Ejemplo: Plan de análisis del ONC - Colombia

Necesidad de información	Diseño y nivel de análisis	Productos/ entregables
1. Análisis de Desigualdades asociadas a la supervivencia a 5 años del cáncer, desagregado por los cánceres priorizados (mama, cérvix, estómago, colorrectal, próstata)	Análisis multinivel Con una regresión logística (Análisis características a nivel individual del cáncer y contextual)	- Publicación Artículo en Revista Internacional - Publicación Artículo a Nivel Nacional - Documento con recomendaciones para talleres - Documento con Implicaciones Políticas
2. Caracterización epidemiológica del cáncer en el país comparando Los departamentos.	Análisis Descriptivo univariado y bivariado (Análisis características a nivel individual de los tipos de cáncer y la distribución geográfica en el país)	Publicación Artículo en Revista Internacional Publicación Informe a Nivel Nacional - Documento con recomendaciones para formación de talento humano en salud - Documento con Implicaciones Políticas para el enfoque diferencial de los programas de detección temprana y la distribución de servicios oncológicos.
3. Establecimiento de una cohorte en leucemia aguda pediátrica, para valorar la sobrevida	Análisis univariado descriptivo Análisis multinivel (Análisis características a nivel individual del cáncer y contextual)	- Publicación Artículo en Revista Internacional - Publicación Informe anual a Nivel Nacional
4. Establecimiento de una cohorte de trabajadores expuestos a carcinógenos ocupacionales	Análisis univariado descriptivo Análisis multinivel de causalidad	

Ejemplo: Categorías de variables de los Observatorios

SISPRO



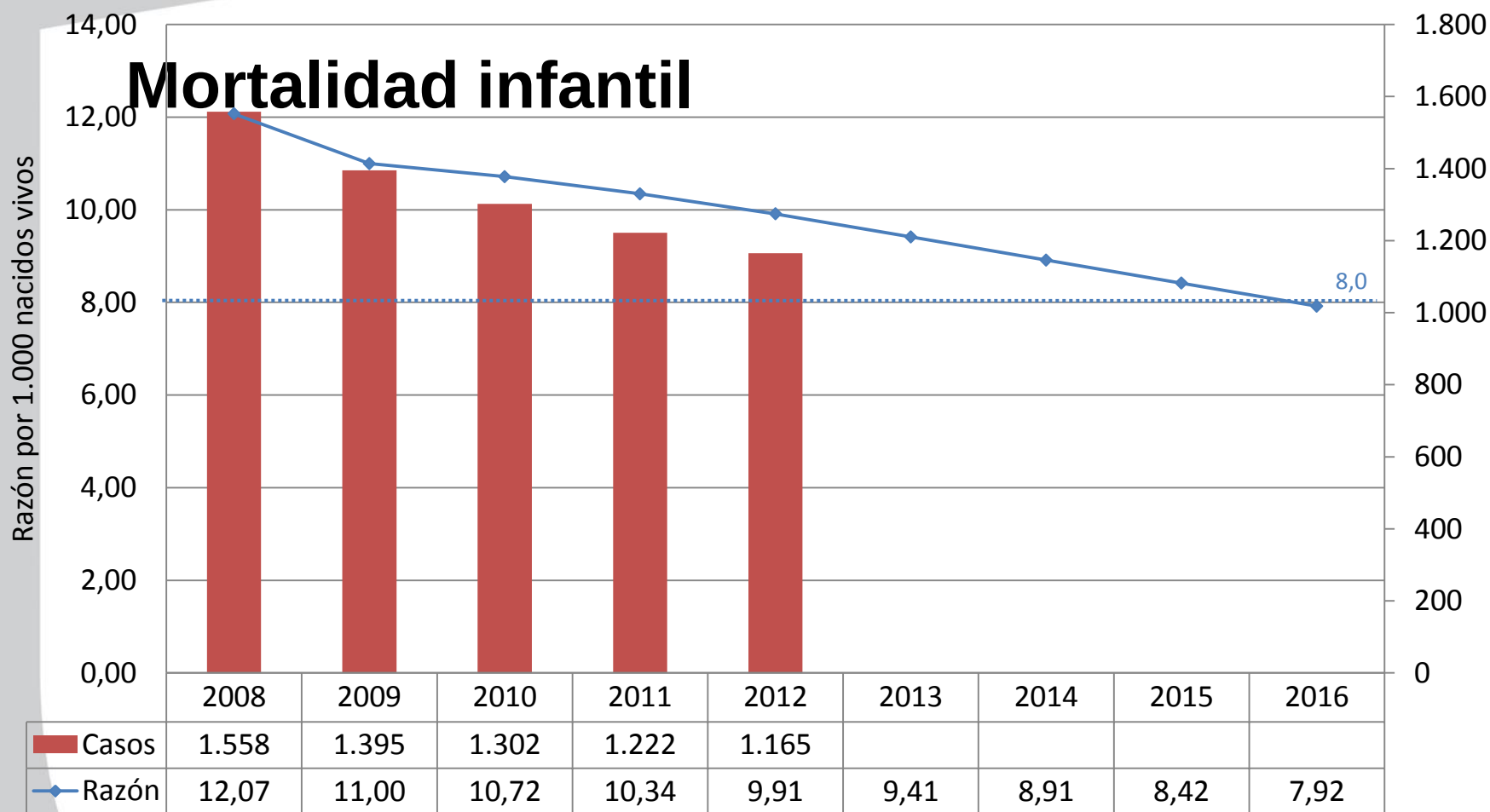
Evaluación de cumplimiento de metas de Plan de Gobierno Bogotá año 2013

Metodología

1. Revisión de fuentes secundarias de información- SDS Datos preliminares pero reflejan tendencias.
2. Comparar tendencia últimos tres años pero desagregando por localidad.
3. Desagregación por Aseguramiento.
4. Indicador Trazador Sífilis Congénita.
5. Conclusiones

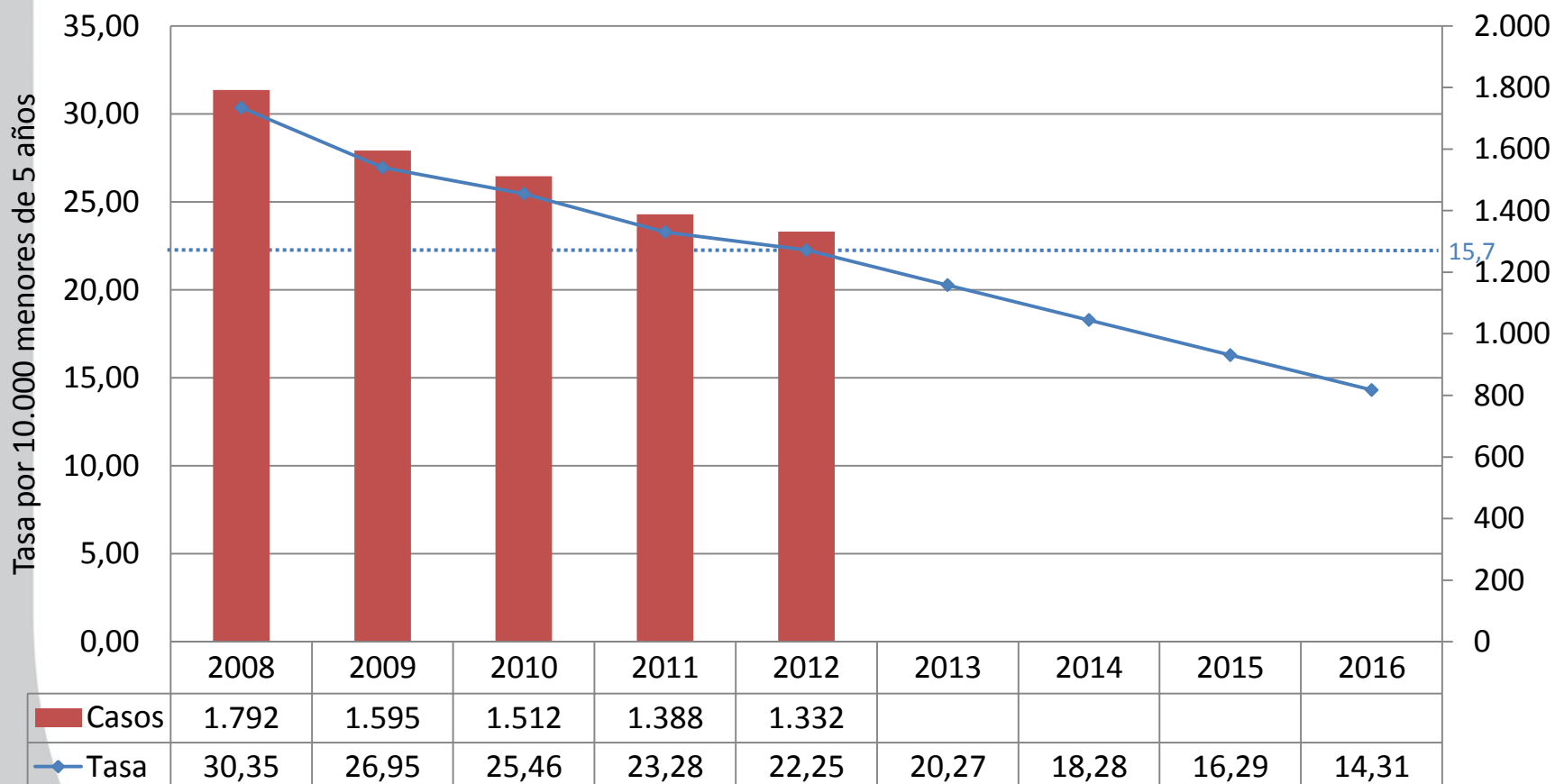
Evento	Coeficiente	Valor p	R-cuadrado	IC 95%	
Mortalidad infantil	-0,497861	0,008	0,9296	-0,7495531	-0,2461683
Mortalidad en menores de 5 años	-0,5935424	0,009	0,9251	-0,9039557	-0,2831291
Mortalidad materna	-2,126029	0,344	0,2947	-8,169815	3,917758
Mortalidad perinatal	-1,019602	0,683	0,0634	-8,2217410	6,182537
Mortalidad por neumonía	-0,123832	0,029	0,8399	-0,2231584	-0,0245049
Mortalidad por EDA	0,000003	1	0,0000	-0,0145705	0,014576

- La proyección se realizó por regresión lineal simple usando las razones del periodo 2008-2012.
- Los coeficientes de cada evento se adicionaron o restaron a las razones del año inmediatamente anterior hasta alcanzar la proyección del 2016.
- Las razones del periodo 2008-2012 se calcularon con denominador de nacidos vivos de acuerdo con los datos de nacimientos de Bogotá publicados por el DANE.
- La constante de cálculo fue de 100.000 nacidos vivos para mortalidad materna, para el resto de eventos fue de 1.000 nacidos vivos.



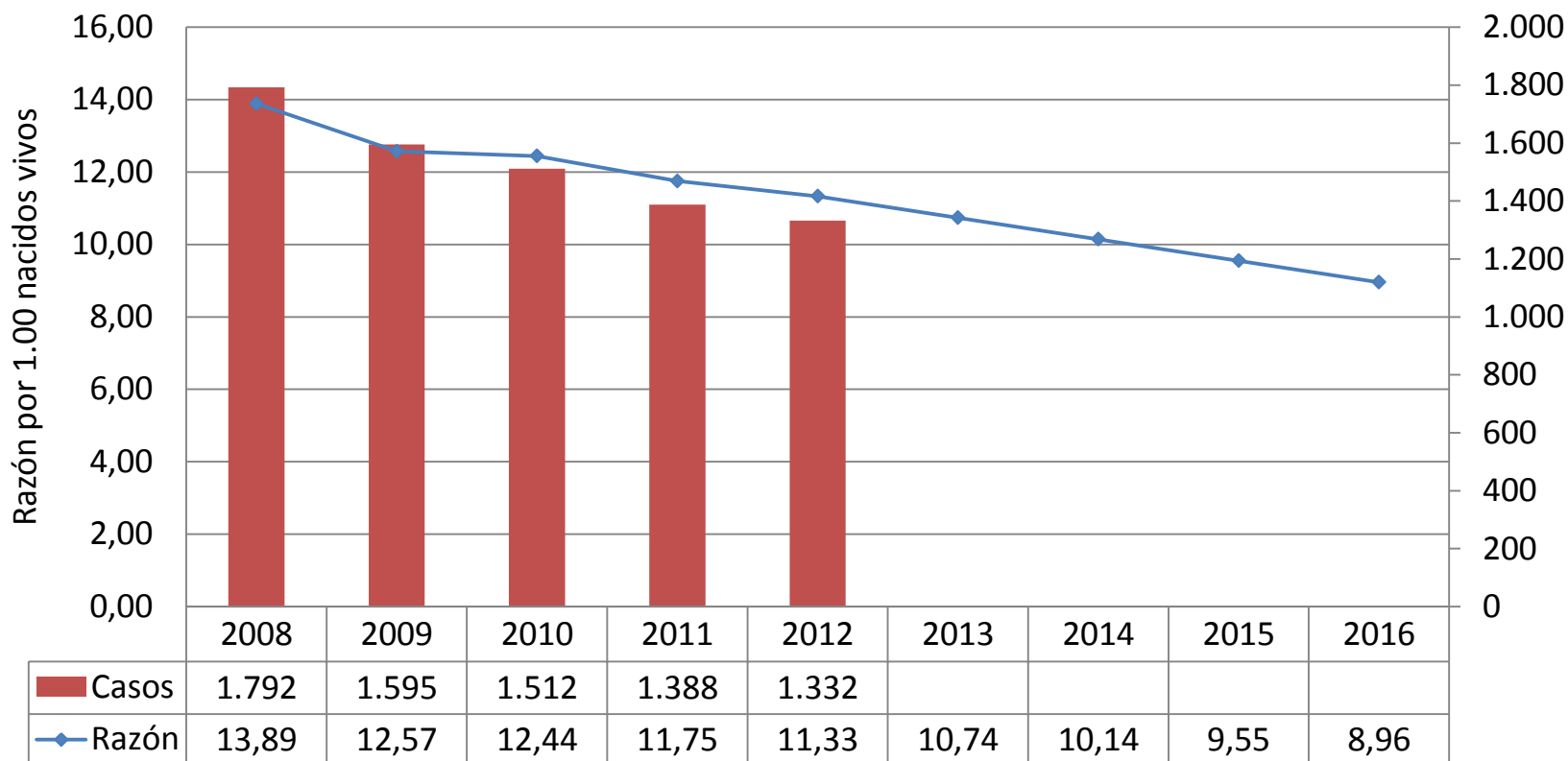
..... Meta 2016: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año a 8 casos por 1.000 nacidos vivos

Mortalidad en menores de 5 años: 0-4 años

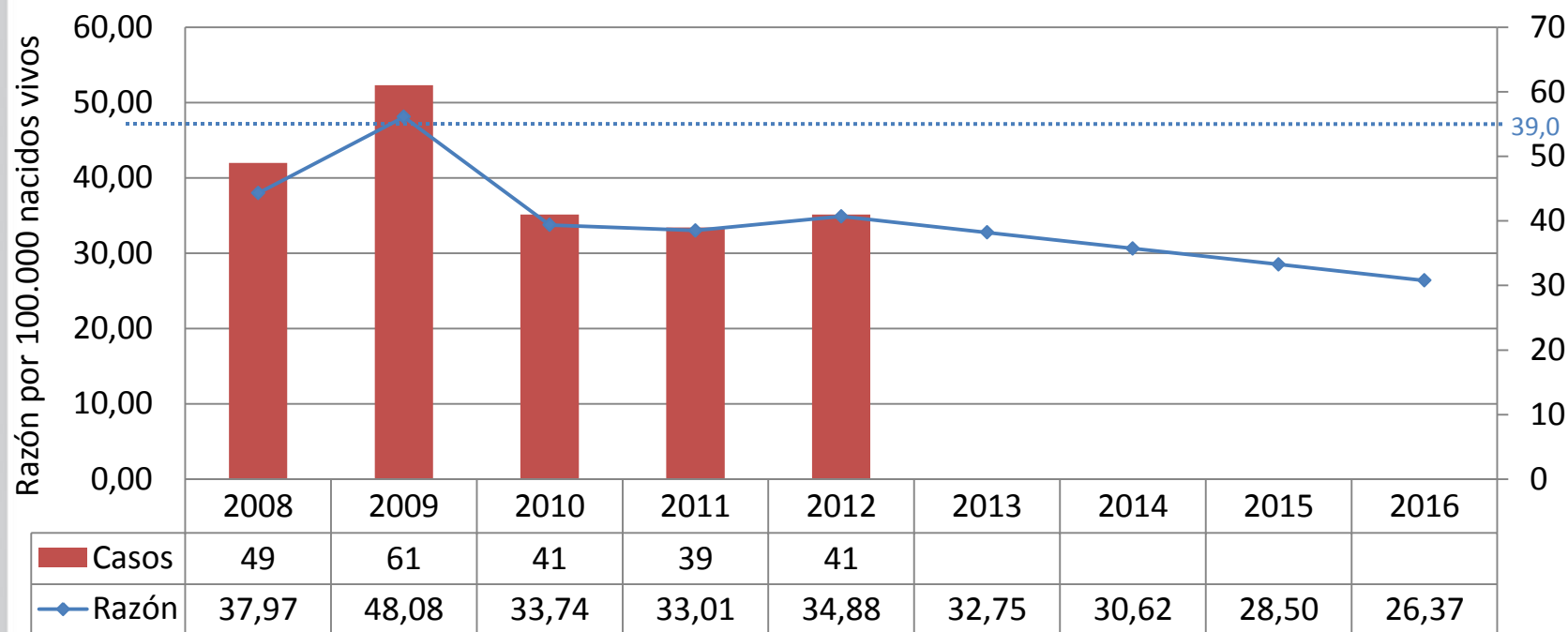


..... Meta 2016: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 15,7 casos por 10.000 menores de 5 años

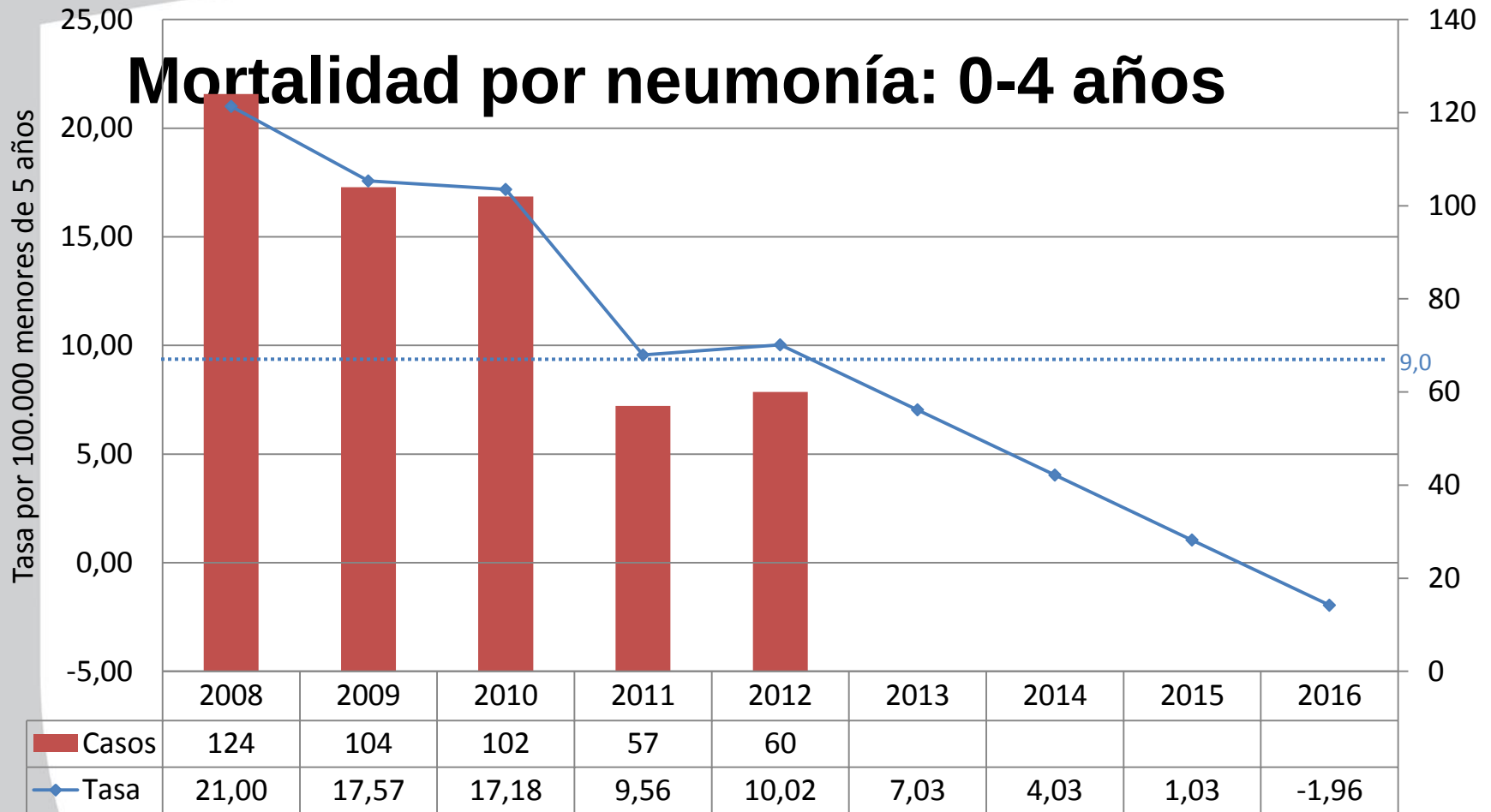
Mortalidad en menores de 5 años: NV



Mortalidad materna

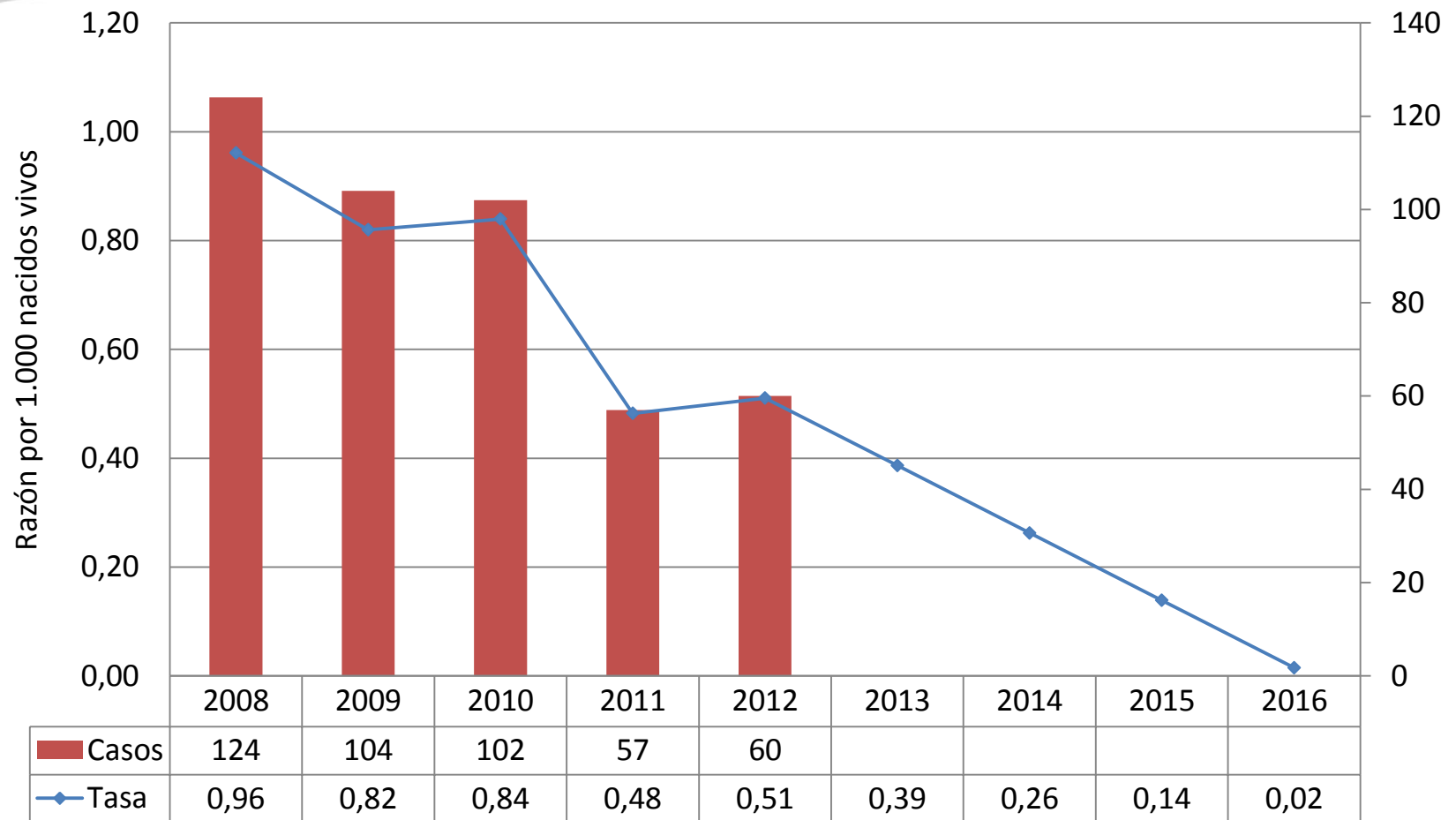


..... Meta 2016: Reducir la razón de mortalidad materna por debajo de 39 casos por 100.000 nacidos vivos

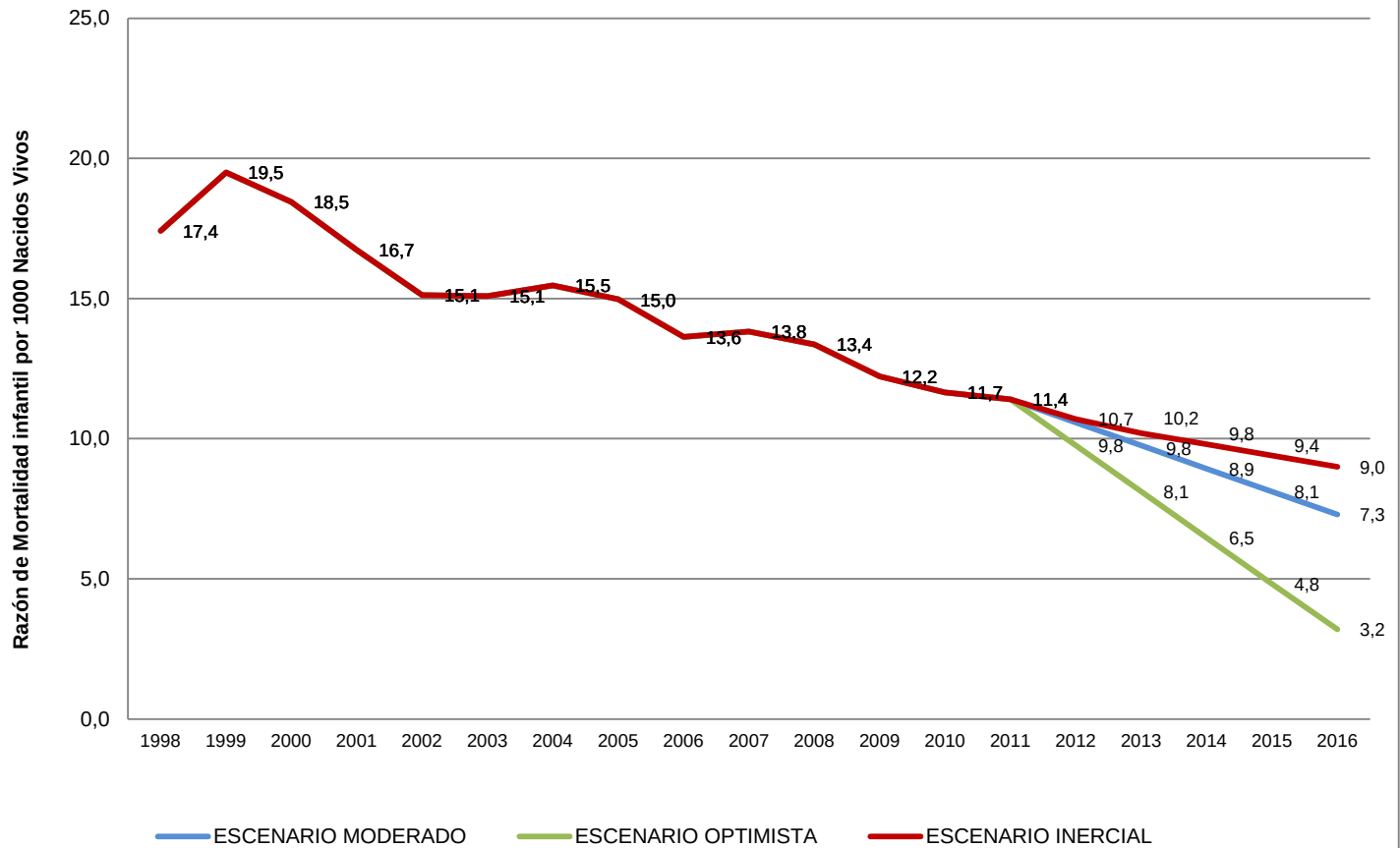


Meta 2016: Reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 9 casos por 100.000 menores de 5 años

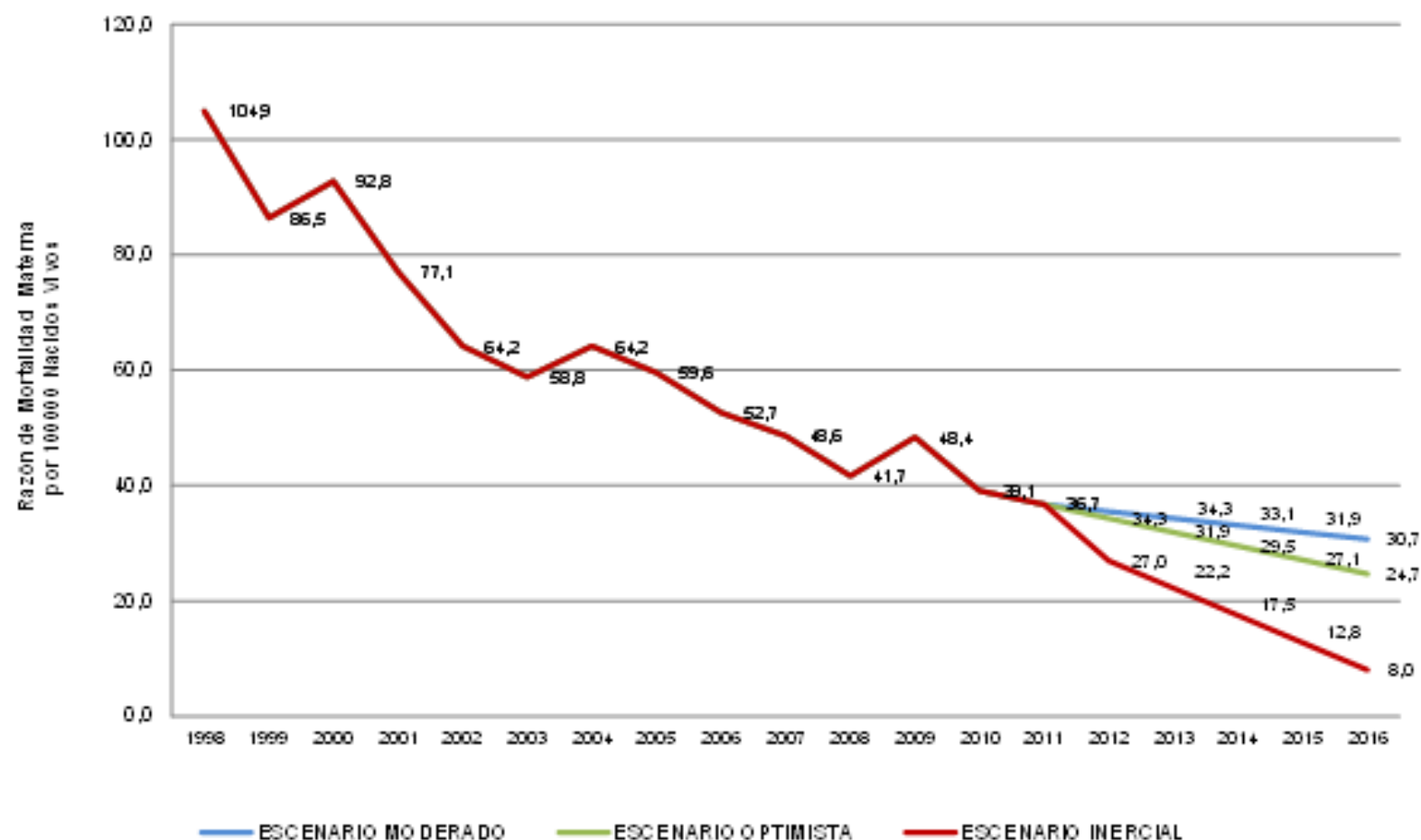
Mortalidad por neumonía: NV



Proyección Razón de Mortalidad Infantil, Bogotá 2012 -2016.



Proyección Razón de Mortalidad Materna, Bogotá D.C. 2012 -2016.



Riesgo de mortalidad infantil en Bogotá

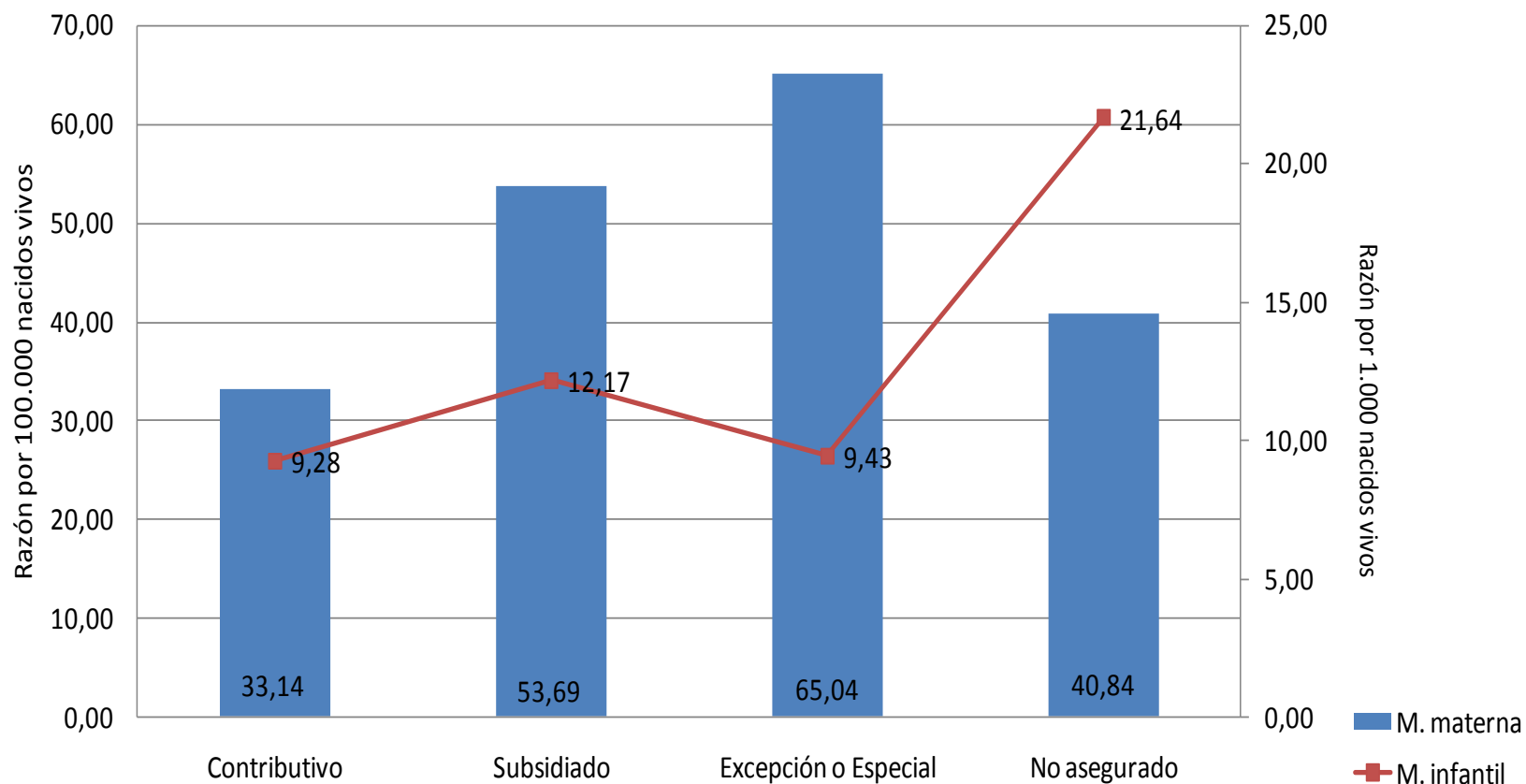
Proxis de Determinantes Sociales años 2008-2010

Riesgo de mortalidad infantil =

$1 / 1 + e^{-[-6,171 + \text{educación de la madre (0,631)} + \text{Tipo de localidad (0,073)} + \text{Tipo de Aseguramiento (0.137)} + \text{Edad de la madre (0,232)} + \text{Peso al Nacer (1,618)}]}$

Diferencias por régimen de seguridad social, 2012

Mortalidad materna e infantil, 2012



MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL POR ASEGURAMIENTO BOGOTÁ AÑO 2013

Evento	Número de Casos a Diciembre de 2013	Tasa/Razón	Por Aseguramiento -2013								
			Contributivo			Subsidiado			Sin Afiliación		
			Nacidos Vivos por Régimen	Casos por Régimen	Tasa/Razón por Régimen	Nacidos Vivos por Régimen	Casos por Régimen	Tasa/Razón por Régimen	Nacidos Vivos por Régimen	Casos por Régimen	Tasa/Razón por Régimen
Mortalidad Infantil	986	9,6	68707	558	8	21386	212	10	9017	195	22
Mortalidad Materna	24	23,5		13	19		7	33		4	44
Nacidos Vivos	102254										

Nota el Cálculo de la mortalidad infantil es por 1000 Nacidos Vivos

Nota el Cálculo de la mortalidad Materna es por 100000 Nacidos Vivos

Nota Los 21 niños faltantes en el cálculo de la tasa por aseguramiento de la mortalidad infantil, corresponden a 20 nin@s del régimen de Excepción y 1 nin@del régimen Especial de esta población no se cuenta con el denominador, razón por la cual no se calculan las tasas.

Fuente Nacidos Vivos-Certificado RUAF-Modulo ND

Nota: Los datos son PRELIMINARES, se esperan enmiendas de Medicina Legal y se esta recuperando información para ser incluida en el aplicativo RUAF razón por la cual los datos pueden variar

Fecha de Actualización 14-Enero de 2014



Comportamiento por localidad, 2008-2012

Usaquén

Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá
Mortalidad materna	2008	1	15,5	37,97	0,41
	2009	2	31	48,08	0,64
	2010	2	31,6	33,74	0,94
	2011	4	68	33,01	2,06
	2012	1	16,3	34,88	0,47
Mortalidad infantil	2008	74	11,5	12,07	0,95
	2009	49	7,6	11,00	0,69
	2010	45	7,1	10,72	0,66
	2011	46	7,8	10,34	0,75
	2012	47	7,7	9,91	0,78
Mortalidad perinatal	2008	145	22,2	24,94	0,89
	2009	103	15,8	22,68	0,70
	2010	132	20,8	31,99	0,65
	2011	113	19,2	30,37	0,63
	2012	117	18,7	15,99	1,17
Mortalidad por neumonía	2008	4	13,6	21,00	0,65
	2009	4	13,7	17,57	0,78
	2010	3	10,3	17,18	0,60
	2011	0	0	9,56	0,00
	2012	4	13,8	10,02	1,38
Mortalidad por EDA	2008	2	6,8	1,52	4,46
	2009	0	0	1,01	0,00
	2010	1	3,4	0,84	4,04
	2011	0	0	1,34	0,00
	2012	1	3,4	1,17	2,91
Mortalidad en menores de 5 años	2008	83	28,2	30,35	0,93
	2009	53	18,1	26,95	0,67
	2010	55	18,8	25,46	0,74
	2011	51	17,5	23,28	0,75
	2012	56	19,3	22,25	0,87

Usme

Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá	
Mortalidad materna	2008	3	45,6	37,97	1,20	←---
	2009	0	0	48,08	0,00	
	2010	2	32,8	33,74	0,97	
	2011	0	0	33,01	0,00	
	2012	2	33	34,88	0,95	
Mortalidad infantil	2008	82	12,5	12,07	1,04	
	2009	93	14,1	11,00	1,28	
	2010	71	11,6	10,72	1,08	
	2011	74	12,1	10,34	1,17	
	2012	74	12,2	9,91	1,23	
Mortalidad perinatal	2008	151	22,6	24,94	0,91	
	2009	188	27,8	22,68	1,23	←---
	2010	248	40,6	31,99	1,27	←---
	2011	231	37,9	30,37	1,25	←---
	2012	116	18,8	15,99	1,18	←---
Mortalidad por neumonía	2008	7	20,3	21,00	0,97	
	2009	5	14,1	17,57	0,80	
	2010	8	21,8	17,18	1,27	←---
	2011	3	7,9	9,56	0,83	
	2012	3	7,6	10,02	0,76	
Mortalidad por EDA	2008	0	0	1,52	0,00	
	2009	0	0	1,01	0,00	
	2010	0	0	0,84	0,00	
	2011	2	5,2	1,34	3,88	←---
	2012	0	0	1,17	0,00	
Mortalidad en menores de 5 años	2008	96	27,9	30,35	0,92	
	2009	109	30,7	26,95	1,14	←---
	2010	86	23,5	25,46	0,92	
	2011	84	22	23,28	0,95	
	2012	86	21,7	22,25	0,98	

Bosa

Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá
Mortalidad materna	2008	3	27	37,97	0,71
	2009	8	73	48,08	1,52
	2010	4	37,6	33,74	1,11 <---
	2011	3	28,8	33,01	0,87
	2012	7	67,9	34,88	1,95 <---
Mortalidad infantil	2008	129	11,6	12,07	0,96
	2009	108	9,9	11,00	0,90
	2010	136	12,8	10,72	1,19 <---
	2011	120	11,5	10,34	1,11 <---
	2012	117	11,4	9,91	1,15 <---
Mortalidad perinatal	2008	204	18,1	24,94	0,73
	2009	183	16,5	22,68	0,73
	2010	246	23,1	31,99	0,72
	2011	266	25,5	30,37	0,84
	2012	158	15,1	15,99	0,94
Mortalidad por neumonía	2008	7	13,2	21,00	0,63
	2009	9	16,7	17,57	0,95
	2010	13	23,6	17,18	1,37 <---
	2011	2	3,6	9,56	0,38
	2012	6	10,6	10,02	1,06 <---
Mortalidad por EDA	2008	1	1,9	1,52	1,25 <---
	2009	0	0	1,01	0,00
	2010	2	3,6	0,84	4,28 <---
	2011	2	3,6	1,34	2,68 <---
	2012	1	1,8	1,17	1,54 <---
Mortalidad en menores de 5 años	2008	150	28,3	30,35	0,93
	2009	124	23	26,95	0,85
	2010	152	27,6	25,46	1,08 <---
	2011	136	24,4	23,28	1,05 <---
	2012	130	22,9	22,25	1,03 <---

Barrios Unidos

Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá	
Mortalidad materna	2008	1	57,6	37,97	1,52	←---
	2009	2	114,7	48,08	2,39	←---
	2010	2	119,3	33,74	3,54	←---
	2011	0	0	33,01	0,00	
	2012	0	0	34,88	0,00	
Mortalidad infantil	2008	21	12,1	12,07	1,00	←---
	2009	30	17,2	11,00	1,56	←---
	2010	28	16,7	10,72	1,56	←---
	2011	25	14	10,34	1,35	←---
	2012	10	6,1	9,91	0,62	
Mortalidad perinatal	2008	56	31,5	24,94	1,26	←---
	2009	56	31,4	22,68	1,38	←---
	2010	54	32,2	31,99	1,01	←---
	2011	61	34,3	30,37	1,13	←---
	2012	24	14,3	15,99	0,89	
Mortalidad por neumonía	2008	0	0	21,00	0,00	
	2009	1	7,5	17,57	0,43	
	2010	1	7,5	17,18	0,44	
	2011	2	15,2	9,56	1,59	←---
	2012	0	0	10,02	0,00	
Mortalidad por EDA	2008	0	0	1,52	0,00	
	2009	0	0	1,01	0,00	
	2010	0	0	0,84	0,00	
	2011	0	0	1,34	0,00	
	2012	0	0	1,17	0,00	
Mortalidad en menores de 5 años	2008	25	18,5	30,35	0,61	
	2009	31	23,1	26,95	0,86	
	2010	35	26,2	25,46	1,03	←---
	2011	27	20,5	23,28	0,88	
	2012	14	10,8	22,25	0,49	

Teusaquillo

Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá	
Mortalidad materna	2008	1	77,5	37,97	2,04	←---
	2009	1	73,6	48,08	1,53	←---
	2010	0	0	33,74	0,00	
	2011	1	74,7	33,01	2,26	←---
	2012	0	0	34,88	0,00	
Mortalidad infantil	2008	16	12,4	12,07	1,03	←---
	2009	17	12,5	11,00	1,14	←---
	2010	9	7,3	10,72	0,68	
	2011	16	12	10,34	1,16	←---
	2012	18	15,4	9,91	1,55	←---
Mortalidad perinatal	2008	40	30,3	24,94	1,22	←---
	2009	48	34,3	22,68	1,51	←---
	2010	46	37,2	31,99	1,16	←---
	2011	36	26,9	30,37	0,89	
	2012	24	20,1	15,99	1,26	←---
Mortalidad por neumonía	2008	1	15,2	21,00	0,72	
	2009	1	15,4	17,57	0,88	
	2010	0	0	17,18	0,00	
	2011	1	15,7	9,56	1,64	←---
	2012	1	15,8	10,02	1,58	←---
Mortalidad por EDA	2008	0	0	1,52	0,00	
	2009	0	0	1,01	0,00	
	2010	0	0	0,84	0,00	
	2011	0	0	1,34	0,00	
	2012	0	0	1,17	0,00	
Mortalidad en menores de 5 años	2008	19	28,9	30,35	0,95	
	2009	20	30,8	26,95	1,14	←---
	2010	13	20,1	25,46	0,79	
	2011	17	26,6	23,28	1,14	←---
	2012	19	30	22,25	1,35	←---

Los Mártires

Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá	
Mortalidad materna	2008	2	139,6	37,97	3,68	←---
	2009	0	0	48,08	0,00	
	2010	1	79,4	33,74	2,35	←---
	2011	1	82,6	33,01	2,50	←---
	2012	2	163,3	34,88	4,68	←---
Mortalidad infantil	2008	24	16,7	12,07	1,38	
	2009	16	12	11,00	1,09	
	2010	22	17,5	10,72	1,63	
	2011	14	11,6	10,34	1,12	
	2012	14	11,4	9,91	1,15	
Mortalidad perinatal	2008	45	30,7	24,94	1,23	
	2009	41	30	22,68	1,32	
	2010	69	54,8	31,99	1,71	
	2011	59	48,7	30,37	1,60	
	2012	24	19,3	15,99	1,21	
Mortalidad por neumonía	2008	1	14,3	21,00	0,68	
	2009	0	0	17,57	0,00	
	2010	1	14,7	17,18	0,86	
	2011	0	0	9,56	0,00	
	2012	1	14,9	10,02	1,49	←---
Mortalidad por EDA	2008	0	0	1,52	0,00	
	2009	0	0	1,01	0,00	
	2010	0	0	0,84	0,00	
	2011	0	0	1,34	0,00	
	2012	0	0	1,17	0,00	
Mortalidad en menores de 5 años	2008	29	41,5	30,35	1,37	←---
	2009	18	26,2	26,95	0,97	
	2010	25	36,7	25,46	1,44	←---
	2011	19	28,1	23,28	1,21	←---
	2012	17	25,3	22,25	1,14	←---

Puente Aranda

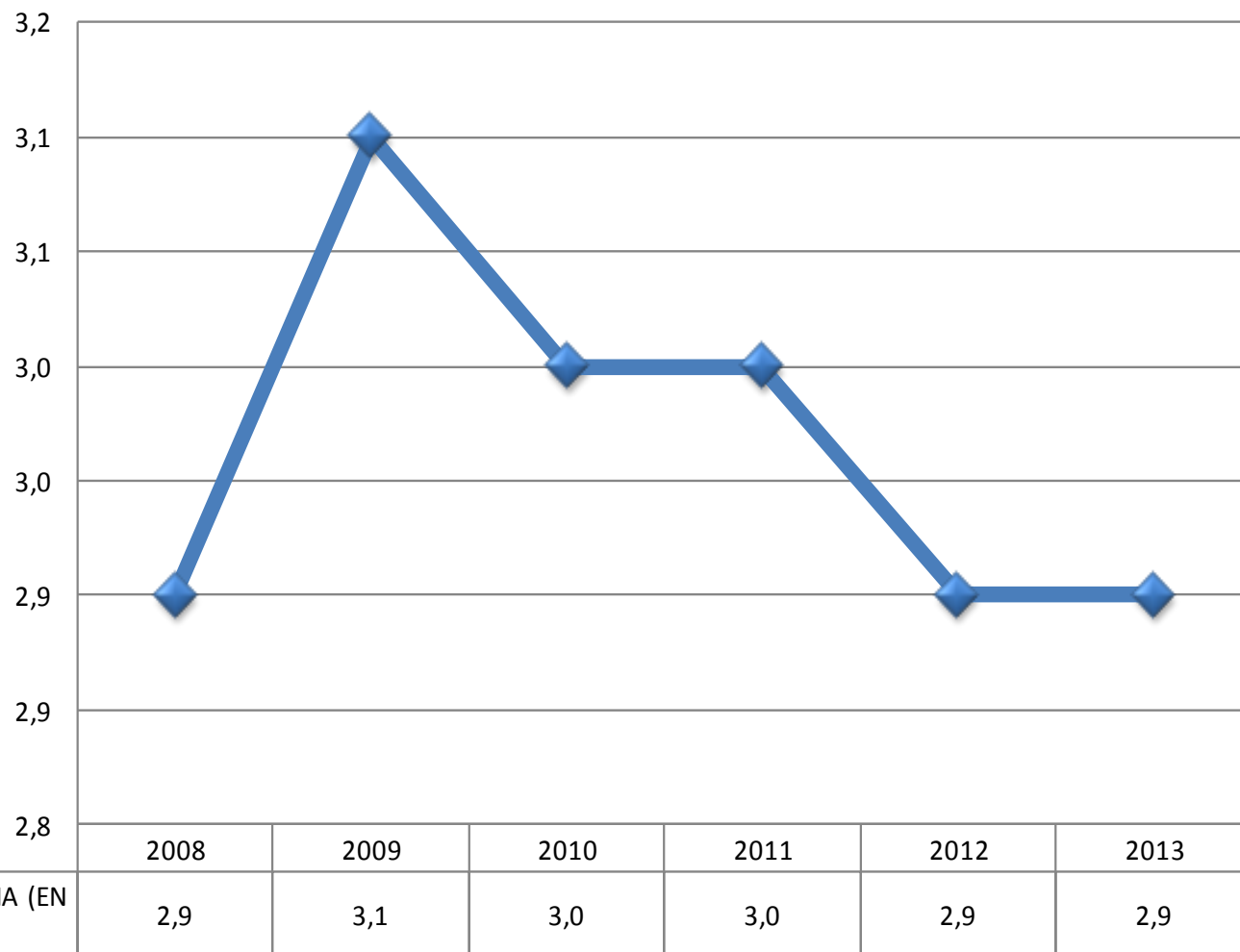
Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá
Mortalidad materna	2008	2	53,1	37,97	1,40
	2009	4	115,8	48,08	2,41
	2010	1	31,8	33,74	0,94
	2011	0	0	33,01	0,00
	2012	1	33,5	34,88	0,96
Mortalidad infantil	2008	54	14,3	12,07	1,18
	2009	33	9,6	11,00	0,87
	2010	31	9,9	10,72	0,92
	2011	30	9,5	10,34	0,92
	2012	25	8,4	9,91	0,85
Mortalidad perinatal	2008	103	26,8	24,94	1,07
	2009	67	19,1	22,68	0,84
	2010	77	24,5	31,99	0,77
	2011	105	33,1	30,37	1,09
	2012	52	17,1	15,99	1,07
Mortalidad por neumonía	2008	1	5,7	21,00	0,27
	2009	0	0	17,57	0,00
	2010	2	11,6	17,18	0,68
	2011	1	5,9	9,56	0,62
	2012	0	0	10,02	0,00
Mortalidad por EDA	2008	0	0	1,52	0,00
	2009	0	0	1,01	0,00
	2010	0	0	0,84	0,00
	2011	0	0	1,34	0,00
	2012	0	0	1,17	0,00
Mortalidad en menores de 5 años	2008	59	33,5	30,35	1,10
	2009	38	21,9	26,95	0,81
	2010	37	21,6	25,46	0,85
	2011	33	19,5	23,28	0,84
	2012	30	18	22,25	0,81

Candelaria

Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá
Mortalidad materna	2008	0	0	37,97	0,00
	2009	0	0	48,08	0,00
	2010	0	0	33,74	0,00
	2011	0	0	33,01	0,00
	2012	0	0	34,88	0,00
Mortalidad infantil	2008	6	18,5	12,07	1,53 <----
	2009	1	3	11,00	0,27
	2010	4	10,4	10,72	0,97
	2011	2	6,6	10,34	0,64
	2012	1	3	9,91	0,30
Mortalidad perinatal	2008	12	36,3	24,94	1,46 <----
	2009	8	23,3	22,68	1,03 <----
	2010	11	28,6	31,99	0,89
	2011	15	49,2	30,37	1,62 <----
	2012	6	17,7	15,99	1,11 <----
Mortalidad por neumonía	2008	0	0	21,00	0,00
	2009	0	0	17,57	0,00
	2010	1	76,5	17,18	4,45 <----
	2011	0	0	9,56	0,00
	2012	0	0	10,02	0,00
Mortalidad por EDA	2008	0	0	1,52	0,00
	2009	0	0	1,01	0,00
	2010	0	0	0,84	0,00
	2011	0	0	1,34	0,00
	2012	0	0	1,17	0,00
Mortalidad en menores de 5 años	2008	8	60,6	30,35	2,00 <----
	2009	4	30,4	26,95	1,13 <----
	2010	5	38,2	25,46	1,50 <----
	2011	3	24,3	23,28	1,04 <----
	2012	1	8	22,25	0,36

Rafael Uribe Uribe ✓

Evento	Año	Casos Localidad	Razón/Tasa Localidad	Razón/Tasa Bogotá	Razón Localidad/Bogotá	
Mortalidad materna	2008	3	42,1	37,97	1,11	←---
	2009	5	73,9	48,08	1,54	←---
	2010	1	16,1	33,74	0,48	
	2011	3	50,3	33,01	1,52	←---
	2012	1	17,6	34,88	0,50	
Mortalidad infantil	2008	93	13,1	12,07	1,09	
	2009	86	12,7	11,00	1,15	
	2010	77	12,4	10,72	1,16	
	2011	85	14,3	10,34	1,38	
	2012	66	11,6	9,91	1,17	
Mortalidad perinatal	2008	219	30	24,94	1,20	
	2009	177	25,7	22,68	1,13	
	2010	245	39,5	31,99	1,23	
	2011	265	44,4	30,37	1,46	
	2012	105	18,1	15,99	1,13	
Mortalidad por neumonía	2008	11	33,6	21,00	1,60	←---
	2009	8	24,7	17,57	1,41	←---
	2010	5	15,6	17,18	0,91	
	2011	1	3,2	9,56	0,33	
	2012	5	16	10,02	1,60	←---
Mortalidad por EDA	2008	0	0	1,52	0,00	
	2009	1	3,1	1,01	3,06	←---
	2010	0	0	0,84	0,00	
	2011	0	0	1,34	0,00	
	2012	0	0	1,17	0,00	
Mortalidad en menores de 5 años	2008	112	34,2	30,35	1,13	
	2009	95	29,4	26,95	1,09	
	2010	91	28,4	25,46	1,12	
	2011	91	28,8	23,28	1,24	
	2012	73	23,3	22,25	1,05	

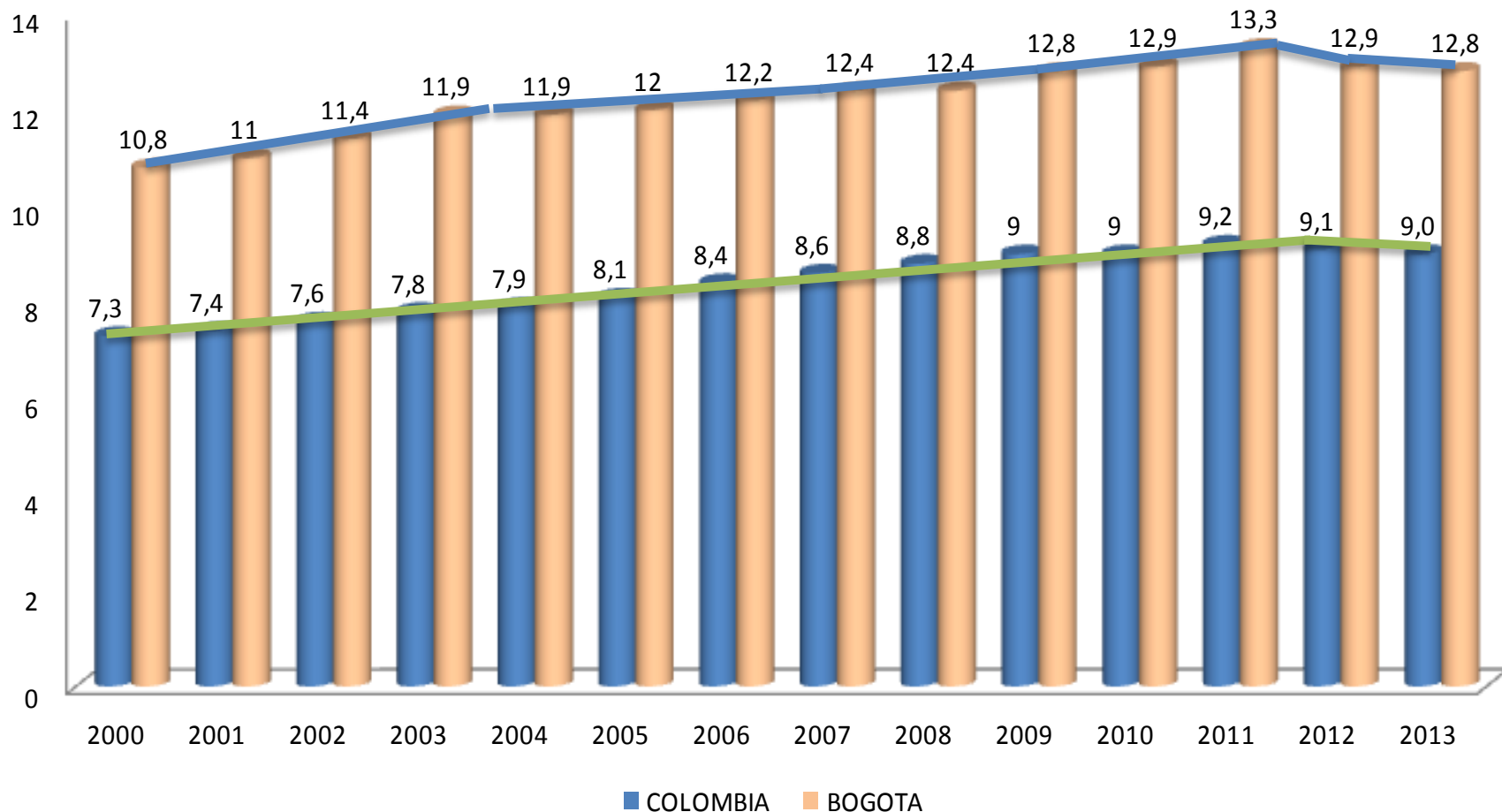


El derecho a la alimentación con leche materna →
primer eslabón de la garantía a la alimentación
saludable

- La práctica se ha debilitado en los últimos años → estancamiento de la mediana en meses de lactancia materna exclusiva.
- Dentro de las causas → tiempo menor de las madres laboralmente activas secundario a la forma de contratación actual que no les permite gozar de una licencia plena de maternidad.
- Tiempo total de lactancia → en menores de dos años la mediana alcanza los 12.6 meses (cifra se ha mantenido en los últimos 5 años).



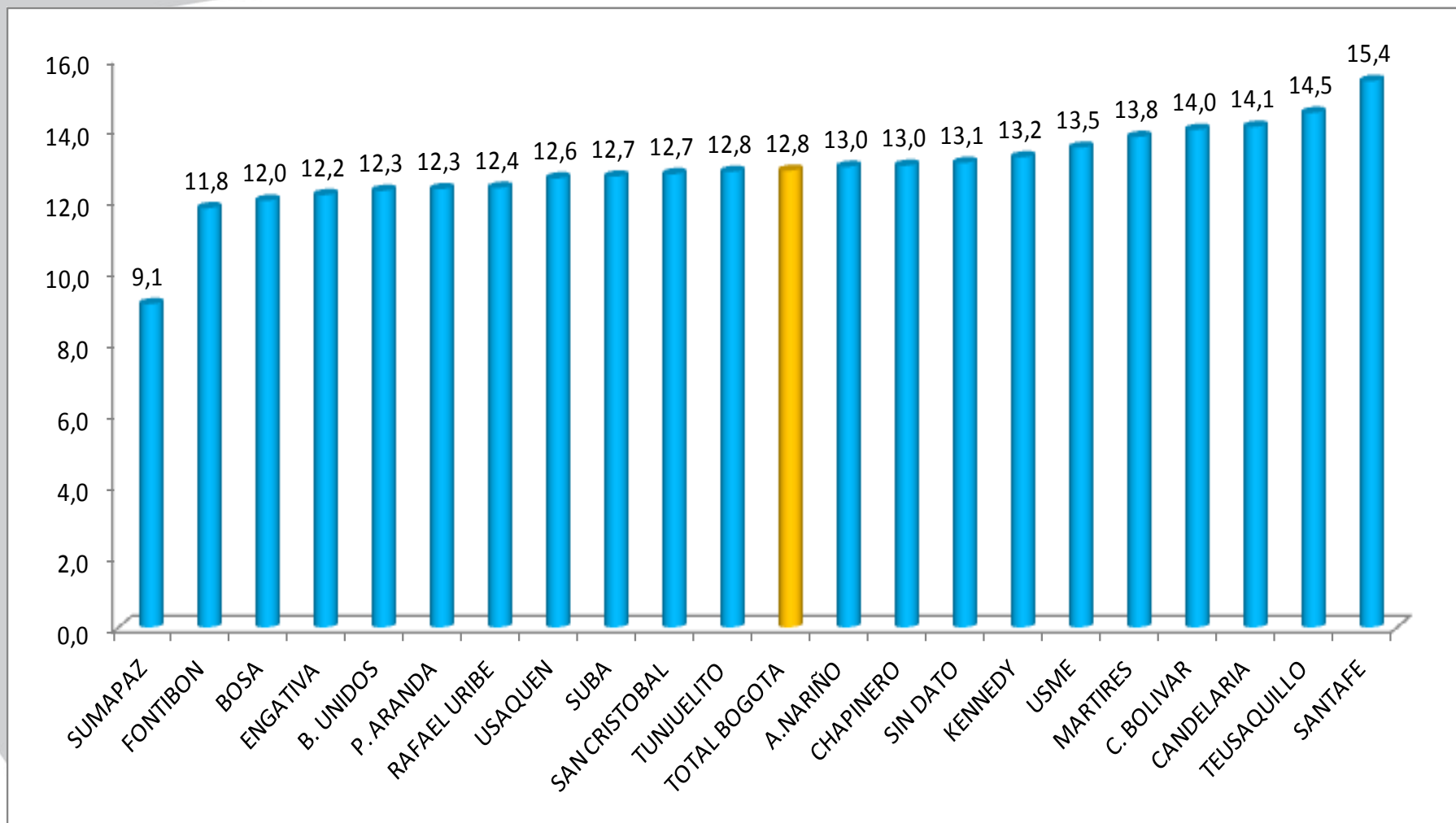
Tendencia del Bajo peso al Nacer para Colombia y Bogotá. Serie de tiempo 2000 al 2013. Proporción sobre el total de nacidos vivos



 El bajo peso al nacer → indicador para evaluar la calidad de vida de la población (eslabón principal en la cadena de causalidad de la mortalidad perinatal, de patologías del periodo neonatal y problemas de salud del primer año de vida)

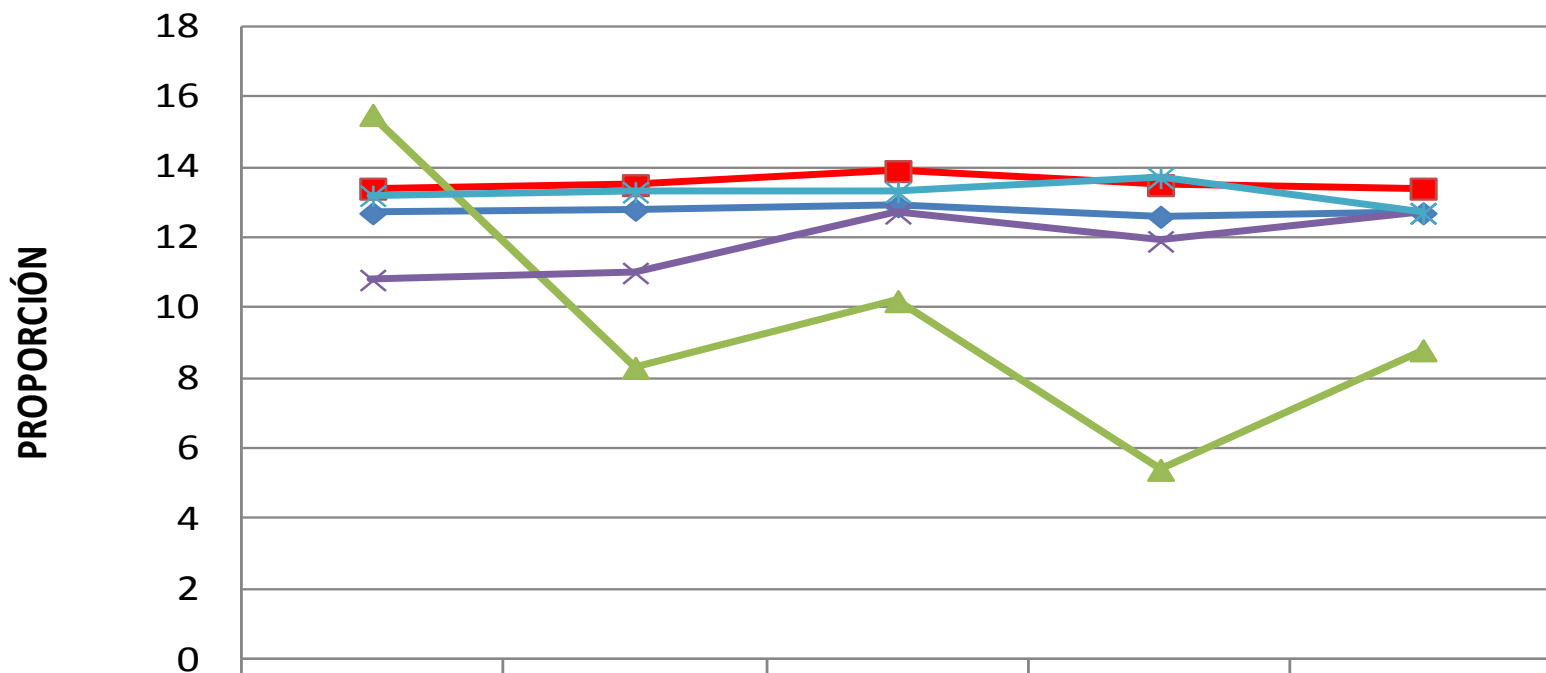
- Para Bogotá los nacimientos con bajo peso → 12% del total de nacidos vivos
- Factores → amenaza de parto pre-término, ruptura prematura de membranas, presencia de pre eclampsia, infecciones urinarias, vaginosis, hemorragias, edad de la madre, deficiencia en el incremento de peso durante la gestación, periodo intergénésico corto y determinantes psicosociales como el estado civil de la madre y el embarazo no planeado.

Proporción de bajo peso al nacer por localidad de residencia. Año 2013



- Para el 2013 y tomando la información preliminar aportada por Estadísticas vitales y sobre un total de 102.426 nacidos vivos (NV), la prevalencia de BP alcanza el 12.8% con 13.154 casos.
- Con respecto al comportamiento del BP por localidad de residencia, las localidades que presentan las proporciones más altas son Santa Fe (15,4%) Teusaquillo (14,5) Candelaria (14.1%), Ciudad Bolívar (14%) y Mártires (13,8%)
- Con respecto a la edad gestacional del total de NV, el 11.1% fueron nacimientos pre término (11416 casos) y de este segmento el 69.6% registraron un peso inferior a los 2499 gramos. Para los RN a término (91.010 casos) el bajo peso alcanzó el 5.7%.
- Esta desagregación cobra importancia en el sentido de que los nacimientos a término con bajo peso están relacionados con restricciones en la ganancia de peso durante el último trimestre y por ende son en la mayoría causas nutricionales. Los casos de nacimientos pretérminos están relacionados directamente con la calidad del control prenatal.

Comportamiento del Baio peso al nacer



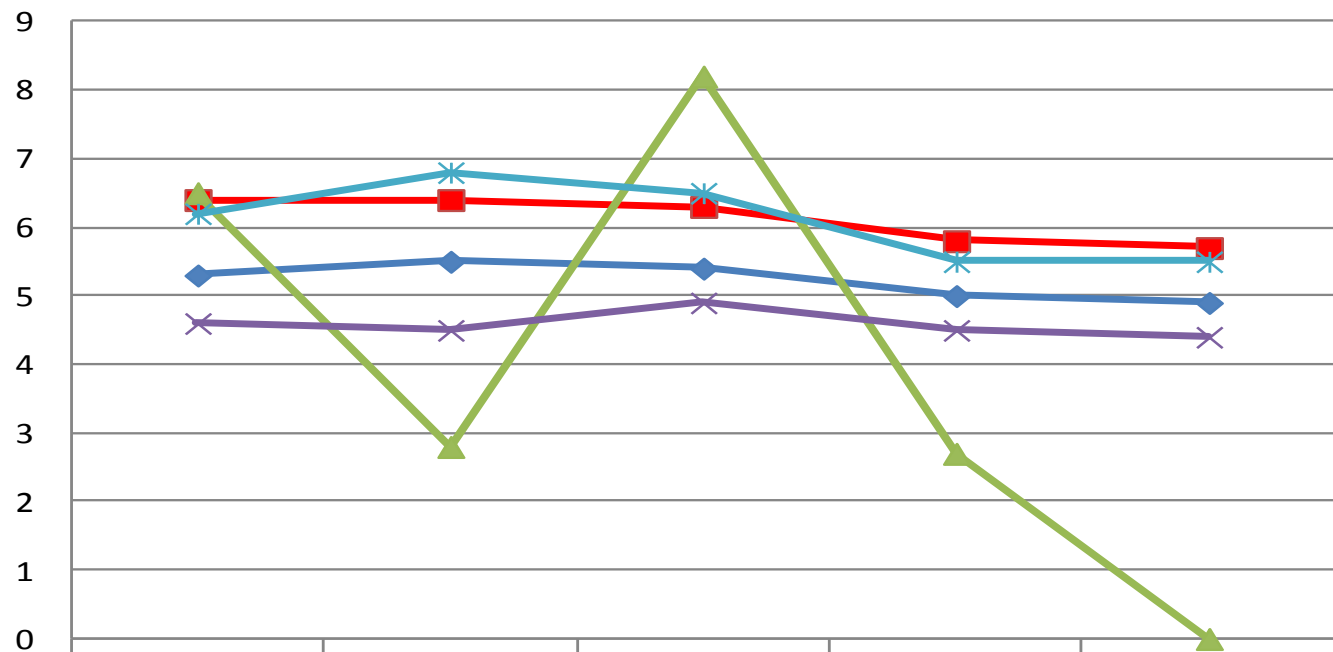
	2009	2010	2011	2012	2013
CONTRIBUTIVO	12,7	12,8	12,9	12,6	12,7
SUBSIDIADO	13,4	13,5	13,9	13,5	13,4
ESPECIAL	15,5	8,3	10,2	5,4	8,8
EXCEPCIÓN	10,8	11	12,7	11,9	12,7
NO ASEGURADO	13,2	13,3	13,3	13,7	12,7

- Sobre el total de nacidos vivos anualmente en Bogotá, el régimen contributivo aporta el 66%, seguido del subsidiado con 21%; la población pobre no asegurada aporta el 10% y un 3% pertenece al régimen especial y de excepción. Con respecto a la edad gestacional, Bogotá ha mantenido en los últimos cinco años el porcentaje de nacimientos pretérmino en 11%.
- La proporción de BPN por tipo de aseguramiento muestra un comportamiento estacionario con un pico representativo para todos los regímenes durante el año 2011.

Casos de bajo peso al nacer por régimen de aseguramiento en Bogotá serie del 2009 al 2013.

AÑO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	ESPECIAL	EXCEPCIÓN	NO ASEGURADO
2009	9016	3147	36	315	2305
2010	8920	3241	12	338	1732
2011	8884	3184	5	411	1636
2012	8773	3028	2	363	1340
2013	8726	2865	3	394	1147

Comportamiento del bajo peso al



—◆—	CONTRIBUTIVO	5,3	5,5	5,4	5,0	4,9
—■—	SUBSIDIADO	6,4	6,4	6,3	5,8	5,7
—▲—	ESPECIAL	6,5	2,8	8,2	2,7	0
—×—	EXCEPCIÓN	4,6	4,5	4,9	4,5	4,4
—*—	NO ASEGURADO	6,2	6,8	6,5	5,5	5,5

- El bajo peso a nacer en los recién nacidos a término está relacionado con restricciones en la ganancia de peso durante el último trimestre de la gestación y por ende se considera que corresponden en la mayoría a causas nutricionales. El comportamiento de este indicador muestra una tendencia hacia la reducción en la serie de tiempo analizada.



Casos de sífilis congénita notificados al SIVIGILA, distribuidos por tipo de aseguramiento y tasa de incidencia x 1.000 nacidos vivos. 2.012 a 2.013, Bogotá D.C.

Aseguramiento	2012	Incidencia	2013	Incidencia
Contributivo	58	0,8	51	0,7
Subsidiado	117	5,2	110	5,1
Excepcion	3	1,0	0	0,0
Especial	0	0,0	3	88,2
No afiliado	56	5,7	54	6,0
Total año	234	2,2	218	2,1

Las unidades de análisis hechas a casos de sífilis congénita, han permitido identificar que la mayor cantidad de casos, tiene como aspectos desencadenantes los siguientes:

- **Ingreso tardío al control prenatal (CPN)**, aunque este es un común denominador. Es un aspecto de especial interés en Régimen Subsidiado, se ha identificado la debilidad de las estrategias de demanda inducida y la baja gestión del riesgo para la oferta de la consulta preconcepcional e ingreso oportuno al Control Prenatal. Para el caso de la población no afiliada es la principal causa, esta situación parte del no reconocimiento del derecho a la salud, esto hace que las personas consideren que por no estar afiliadas no tienen derecho a ser atendidas.
- **Barreras de tipo administrativo**, esta se concentra especialmente en régimen subsidiado. La contratación fragmentada para la atención del control prenatal, genera la necesidad de múltiples autorizaciones y desplazamientos de las mujeres gestantes para acceder a los diferentes aspectos relacionados con la atención en salud. Dentro de los procedimientos más afectados se encuentra el diagnóstico, dado que se subcontrata cada prueba lo cual implica que para cumplir el algoritmos diagnóstico se requiere importante



Carencia de estrategias de acompañamiento a mujeres gestantes, se ha identificado que el asegurador no está realizando estrategias de seguimiento a mujeres gestantes para la adherencia al CPN, no hay articulación entre el asegurador y el prestador, esta situación ha venido mejorando por parte de régimen contributivo y EPS-S como Capital Salud, sin embargo aseguradoras como Caprecom tienen importantes falencias.

- **Condiciones sociales de mayor vulnerabilidad:** como aspecto relevante se ha identificado la alta incidencia de sífilis gestacional y congénita en población habitante de calle, en estos casos todos los aspectos anteriormente descritos se asocian a características particulares (consumo de SPA, poca adherencia a programas sociales y de salud), estos se potencian por altos niveles de estigma y discriminación

Comparativo Bogotá DC Vs Ciudades/Países

Comparativo, 2010

Ciudad/País	Mortalidad materna*	Mortalidad infantil**	Mortalidad en menores de 5 años**
Bogotá DC	33,7	10,7	12,4
Colombia (1)	71,6	18,4	21,2
Bucaramanga (2)	0,0	9,2	10,4
Medellín (3)	17,5	9,5	--
Barranquilla DE (4)	77,0	14,9	16,8
Las Américas (1)	60,2	12,9	15,5
América Latina (1)	62,2	16,3	19,7
México (1)	43,0	13,7	16,7
Brasil (1)	64,8	15,3	17,8
Chile (1)	18,5	7,7	8,8

*Razón por 100.000 nacidos vivos. **Razón por 1.000 nacidos vivos

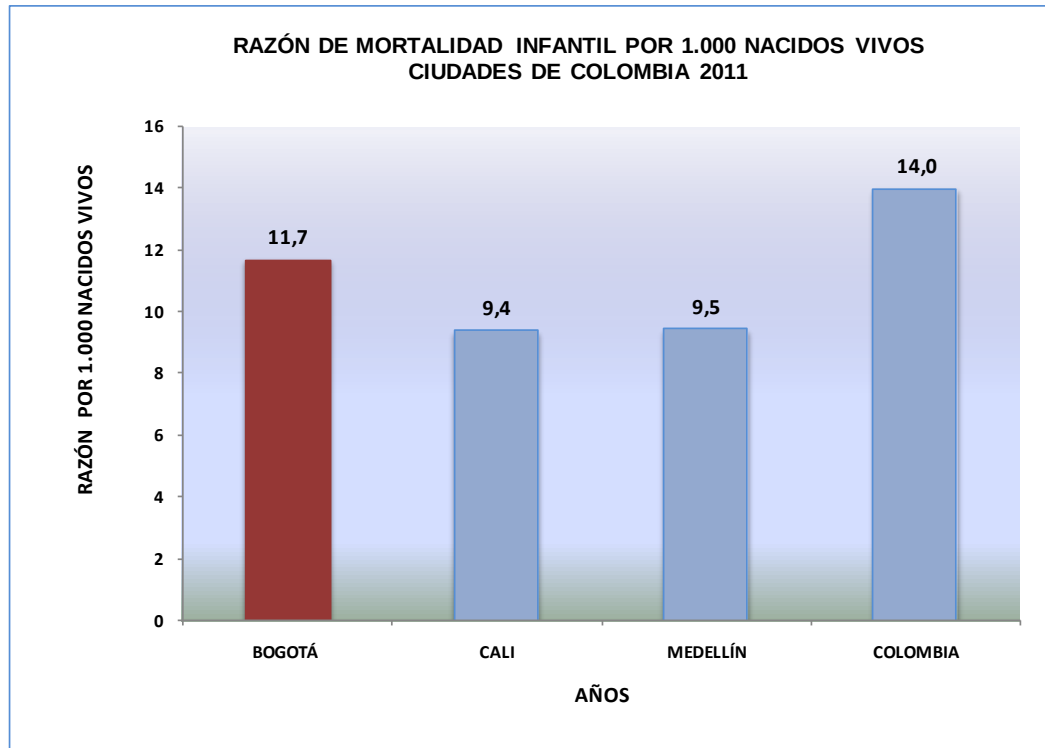
(1)Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos, 2013

(2)Observatorio de Salud Pública de Santander. Fuente de datos: DANE Regional nororiente

(3)Secretaría de Salud de Medellín. Situación de salud en Medellín: Indicadores básicos, 2010

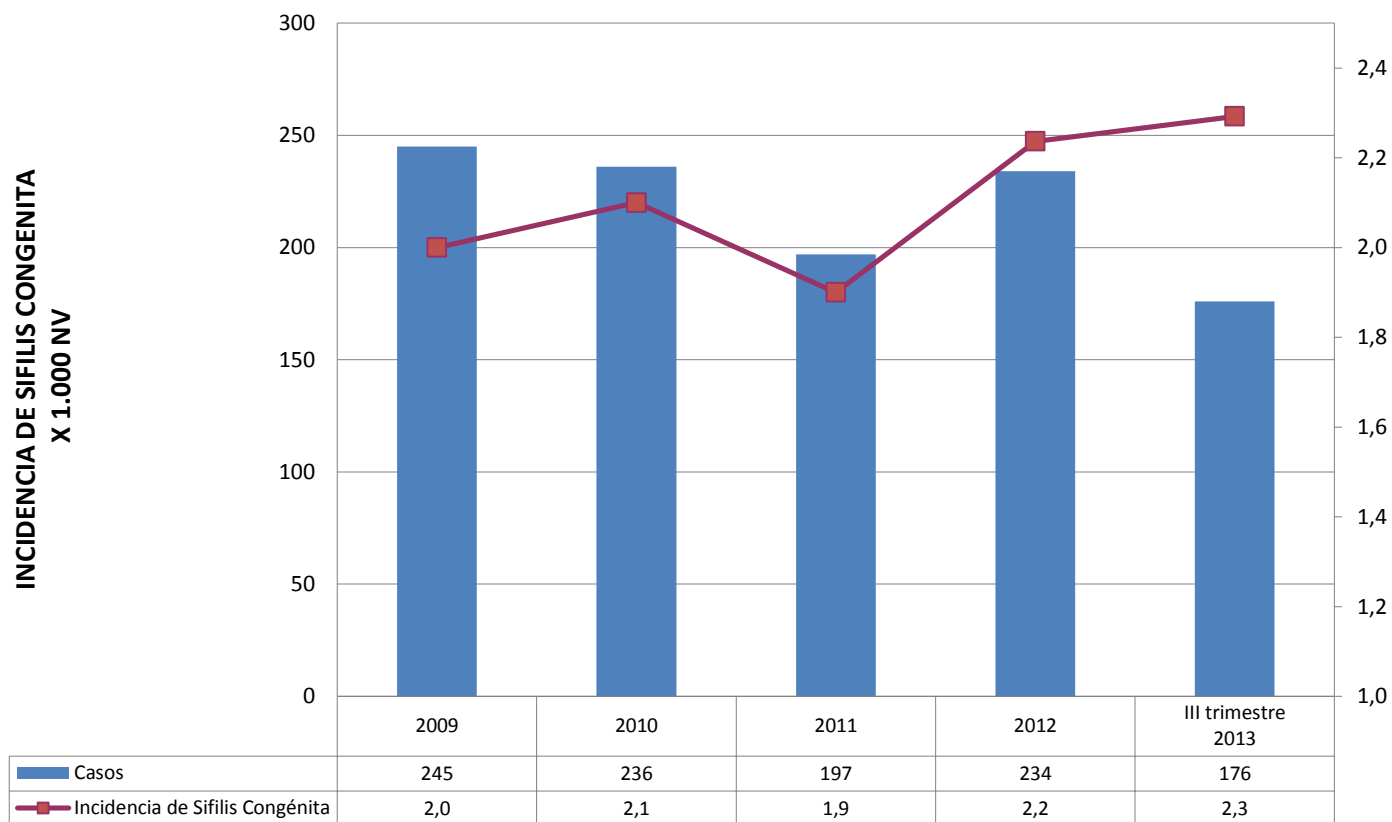
(4)Secretaría de Salud Pública Distrital de Barranquilla. Informe de gestión, 2013

RAZÓN DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 1 AÑO POR 1.000. BOGOTÁ D.C., 2010 – 2011



Fuente: Taller Urban Heart, OPS, Octubre 2011.

Incidencia de Sífilis Congénita- Bogotá



Fuente. SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud-Año 2006- III trimestre de 2013

Fuente 2006-2010: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos Fuente 2009 -2010:

Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.

Datos Preliminares

Fuente 2011 – 2.013: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares

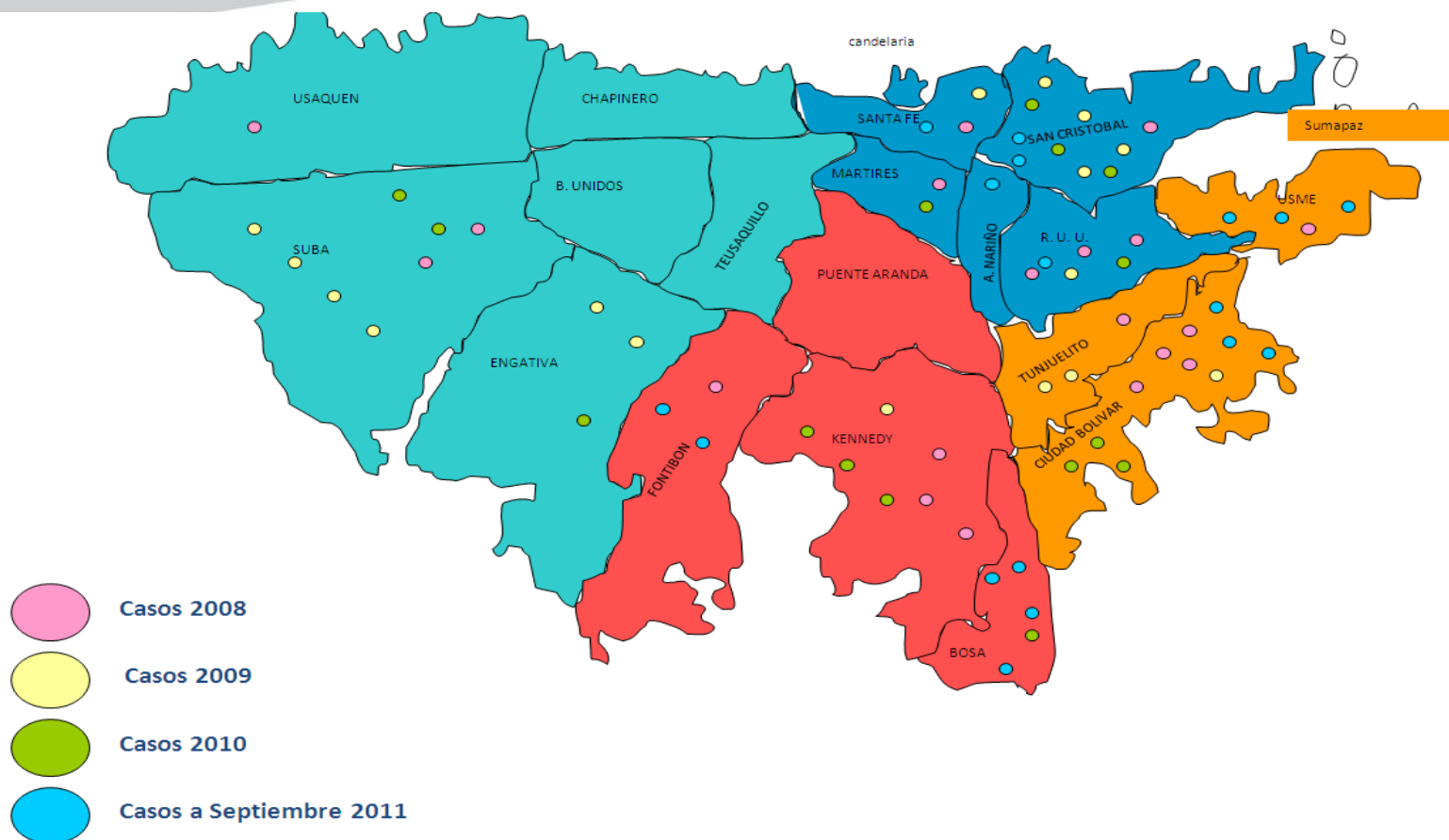
Chile- Sífilis Congénita

- En el periodo analizado la tasa de Sífilis congénita se ha mantenido estable, bajo 0,5 por mil nacidos vivos, presentando fluctuaciones entre 0,16 por mil nacidos vivos corregidos (NVC) el 2001, a 0,31 el año 2008. La tasa de Sífilis congénita del año 2011 es de 0,24 por mil nacidos vivos (NV).

Fuente: Ministerio de Salud de Chile Norma General Técnica N° 0141 del 2012 Norma Conjunta de Prevención.

Objetivo de desarrollo del Milenio 4.

*Georreferenciación de Mortalidad por Infantil en microterritorios de APS, 2008 – 2011**



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo . Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo .-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares, 2009 y 2010 : Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

FUENTE APS: Base de datos de caracterización Salud a su Casa , SDS Grupo de información Planeación y Sistemas(corte 18 de noviembre)

*información enero -septiembre

INTERPRETACION GRAFICA CURVA DE CONCENTRACION

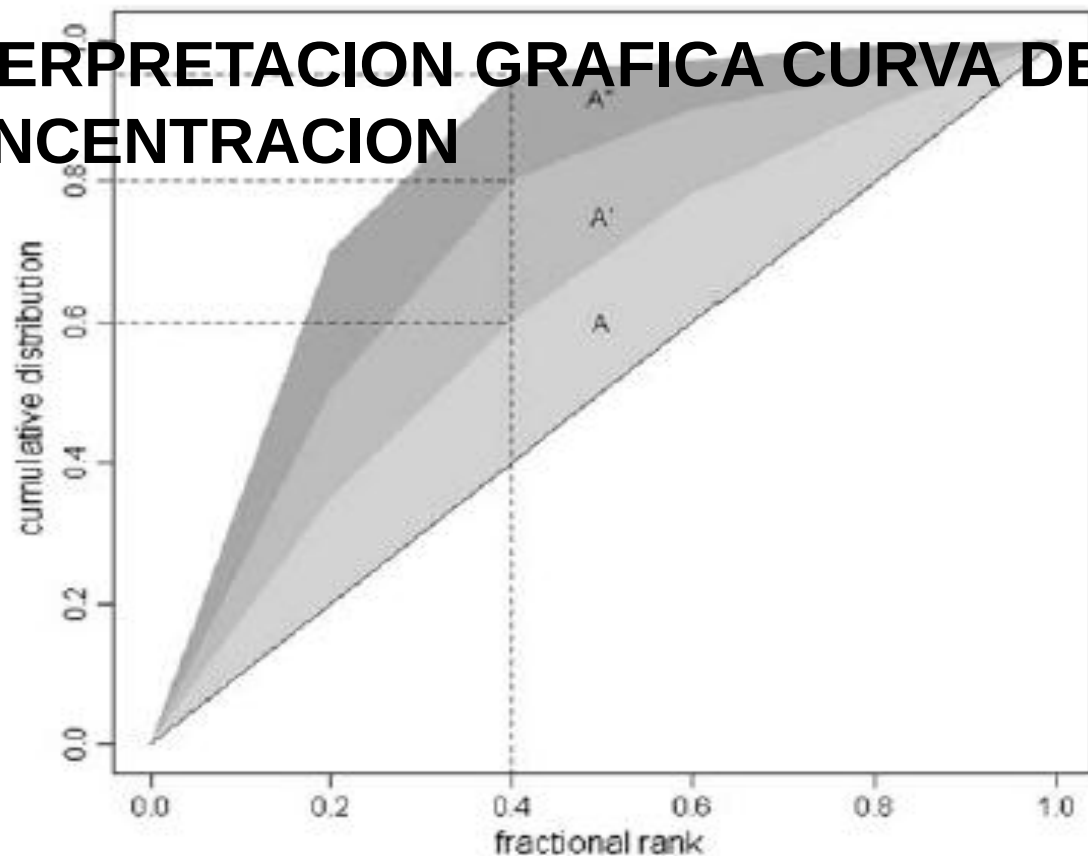
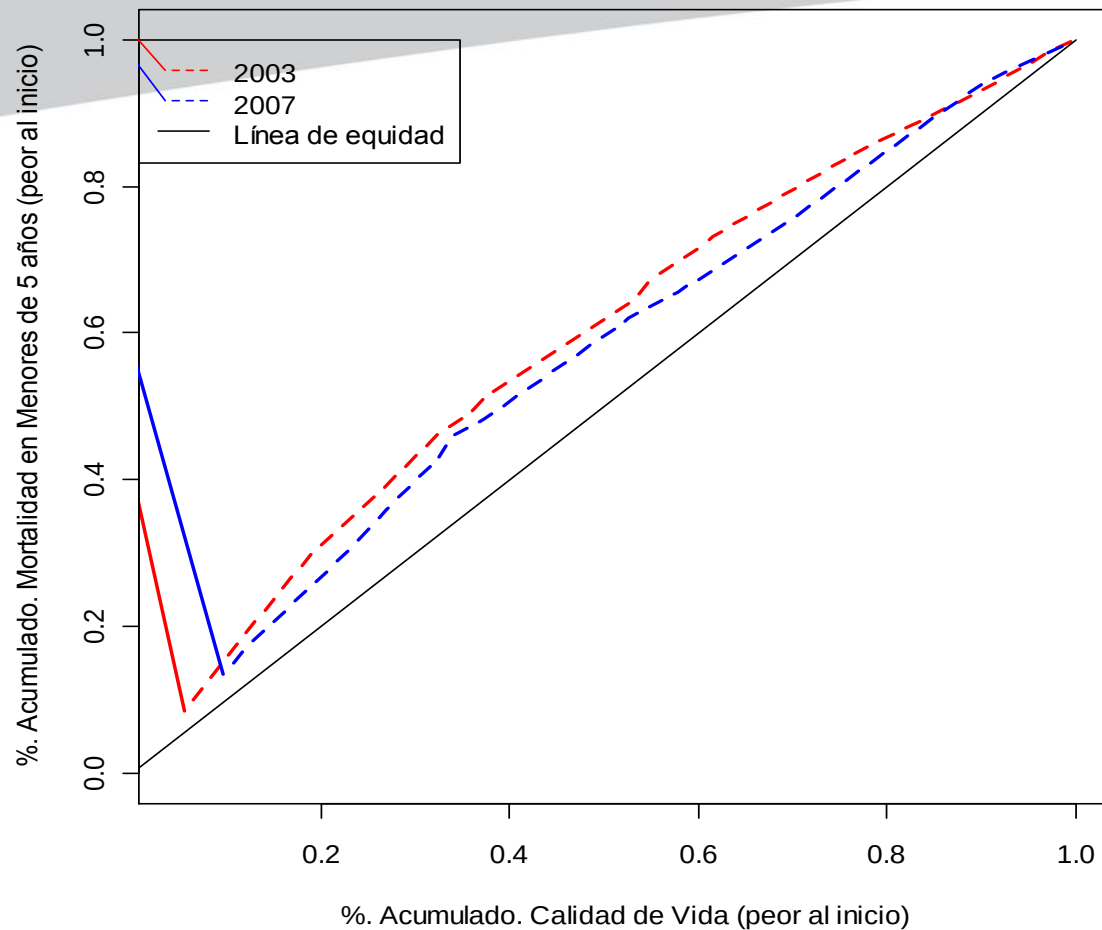


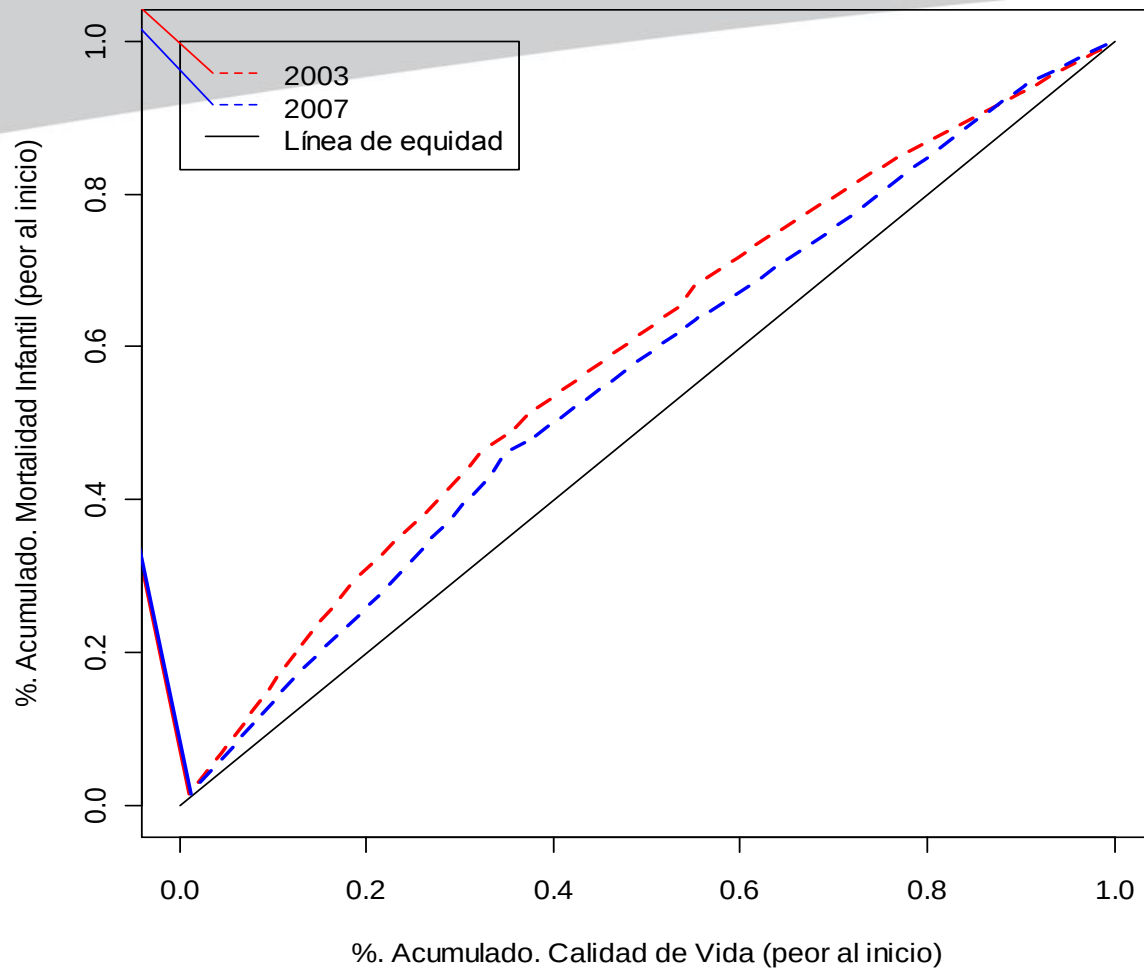
Fig. 2 Different relative concentration curves: an example with bad health. Section A demonstrates the lowest level of social inequality

Curva de Concentración **Mortalidad en Menores de 5 años**



Índice de concentración	2003	2007	Diferencia 2007-2003
Mortalidad Men 5 años	-0,174	-0,128	0,046

Curva de Concentración Mortalidad Infantil



Indice de concentracion	2003	2007	Diferencia 2007-2003
Mortalidad Infantil	-0,177	-0,120	0,057

Conclusiones

- Los indicadores de mortalidad potencialmente evitables deben valorarse no solo como tendencia distrital, sino desagregarlos al menos por localidad, idealmente UPZ o microterritorios.
- Una sola localidad que no cumpla, no se puede hablar de cumplimiento distrital.
- Bogotá debería comprometerse con cifras de mortalidad infantil, materna y de menores de 5 años de un solo dígito.
- Más altas tasas de mortalidad en régimen subsidiado- barreras de acceso, calidad de servicios.
- Preocupante situación de sífilis congénita- Sectorial.

Ejemplo: Elementos Para la Evaluación del Plan Decenal de Salud Como Política Pública

Objetivo: Disponer de una herramienta para evaluar el PDSP como política pública a través de una herramienta adaptada de evaluación del DIT. Metodología adaptada de Instituto para el Desarrollo Económico y Social (INDES) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Las cuatro dimensiones cruciales a valorar del PDSP como política pública a nivel nacional o subnacional son:

(1) Entorno habilitante: Se refiere a la existencia de un marco legal y regulatorio adecuado, la disponibilidad de recursos fiscales apropiados y el nivel de coordinación entre sectores y a través de instituciones para asegurar que los servicios sean prestados con efectividad.

(2) Grado de implementación: Se refiere a la extensión de la cobertura (como porción de la población elegible) y brechas en la misma.

(3) Monitoreo y aseguramiento de calidad: Se refiere al desarrollo de estándares para los programas y proyectos del PDSP y la existencia de sistemas para monitorear el cumplimiento de tales estándares y la implementación de sistemas para monitorear los resultados poblacionales.

(4) Foco de la política: Implica intervenciones en promoción de la salud, prevención primaria, secundaria , terciaria y vigilancia epidemiológica. Un enfoque que involucre múltiples sectores es una dimensión crucial de las políticas públicas.

Para cada una de estas cuatro dimensiones, es posible describir niveles de desarrollo, desde uno menor (o “latente”) hasta uno completo (o “maduro”).

Como se sugiere en la Tabla 1, en una situación ideal, las políticas públicas de un país se ubicarían en la columna de nivel “maduro” en las cuatro dimensiones. Un país en semejante situación contaría con: (i) un marco legal sólido para PDSP, financiamiento sostenido para alcanzar las metas y un alto nivel de coordinación interinstitucional; (ii) cobertura universal en servicios clave tales como salud materna e infantil y educación preescolarscolar, información sobre los resultados del PDSP a nivel individual, nacional, regional y local; (iii) estándares de calidad claramente definidos para todos los sectores, y monitoreo y satisfacción de las necesidades individuales de todos los infantes; y (iv) servicios integrados para todos los infantes: algunos prestados de manera universal; otros, a medida de las necesidades particulares de cada niño.

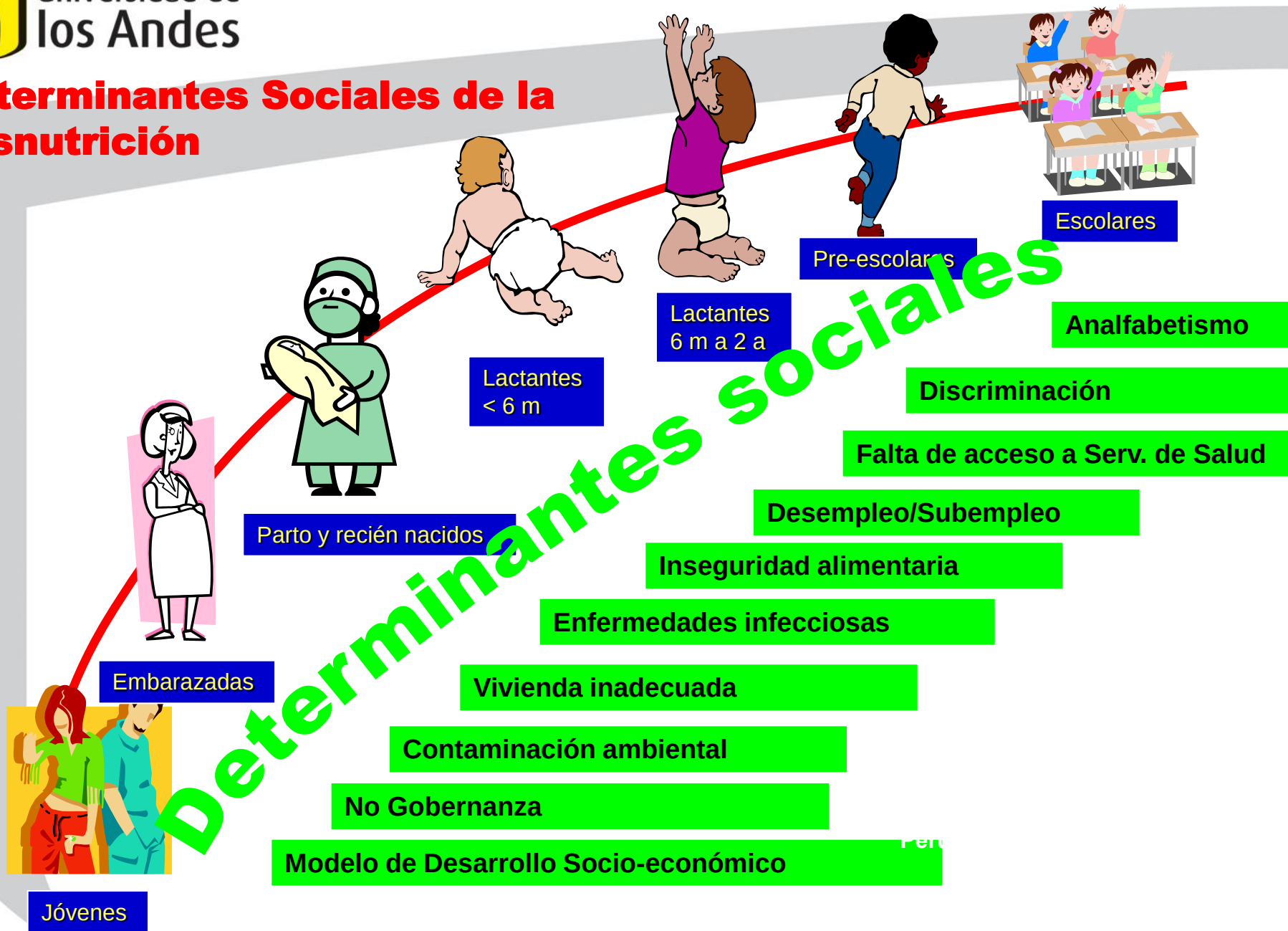
Dimensiones de las políticas públicas de DIT y niveles de desarrollo

Dimensiones de las políticas públicas de DIT	Nivel de desarrollo			
	Latente	Emergente	Establecido	Maduro
Entorno habilitante	Marco legal inexistente, financiamiento ad hoc, escasas instituciones, baja coordinación al interior del sector, baja coordinación interinstitucional.	Marco legal mínimo, unos pocos programas con financiamiento sostenido, baja coordinación interinstitucional, coordinación al interior del sector algo más alta .	Regulaciones para el DIT en algunos sectores, numerosos programas con financiamiento sostenido, coordinación intra e interinstitucional en funcionamiento.	Marco legal de DIT desarrollado, financiamiento sostenido para alcanzar metas de DIT, coordinación interinstitucional.
Grado de implementación	Baja cobertura, programas piloto.	Cobertura en expansión, aunque con importantes brechas; algunos programas establecidos en pocos sectores; alta desigualdad en el acceso.	Cobertura casi universal o universal en algunos sectores; programas establecidos en varios sectores; baja desigualdad en el acceso.	Cobertura universal en el DIT, con estrategias integrales a través de los sectores.
Monitoreo y aseguramiento de calidad	Existencia limitada de estándares para la prestación de servicios de DIT; se informan únicamente mediciones mínimas de mortalidad de infantes y niños .	Existencia de estándares para servicios de DIT para, al menos, algunos sectores, aunque sin sistema de monitoreo regular de cumplimiento; mayor información disponible sobre resultados de DIT a nivel nacional.	Existencia de estándares para servicios de DIT para casi todos o todos los sectores; se cuenta con un sistema de monitoreo regular de cumplimiento; información disponible sobre resultados de DIT a nivel nacional, regional y local.	Existencia de estándares para servicios de DIT en casi todos o todos los sectores; se cuenta con un sistema de monitoreo regular de cumplimiento; información disponible sobre resultados de DIT a nivel individual, nacional, regional y local; las necesidades de todos los infantes son monitoreadas y satisfechas.
Foco de la política	Algunos servicios de salud, nutrición, educación y protección de infantes y niños, aunque mínimos y sin coordinación.	Algunos servicios de salud, nutrición, educación y protección de infantes y niños.	Servicios bien establecidos de salud, nutrición, educación y protección de infantes y niños.	Servicios integrados para todos los niños, algunos prestados a nivel universal, otros a medida de las necesidades particulares de los infantes.

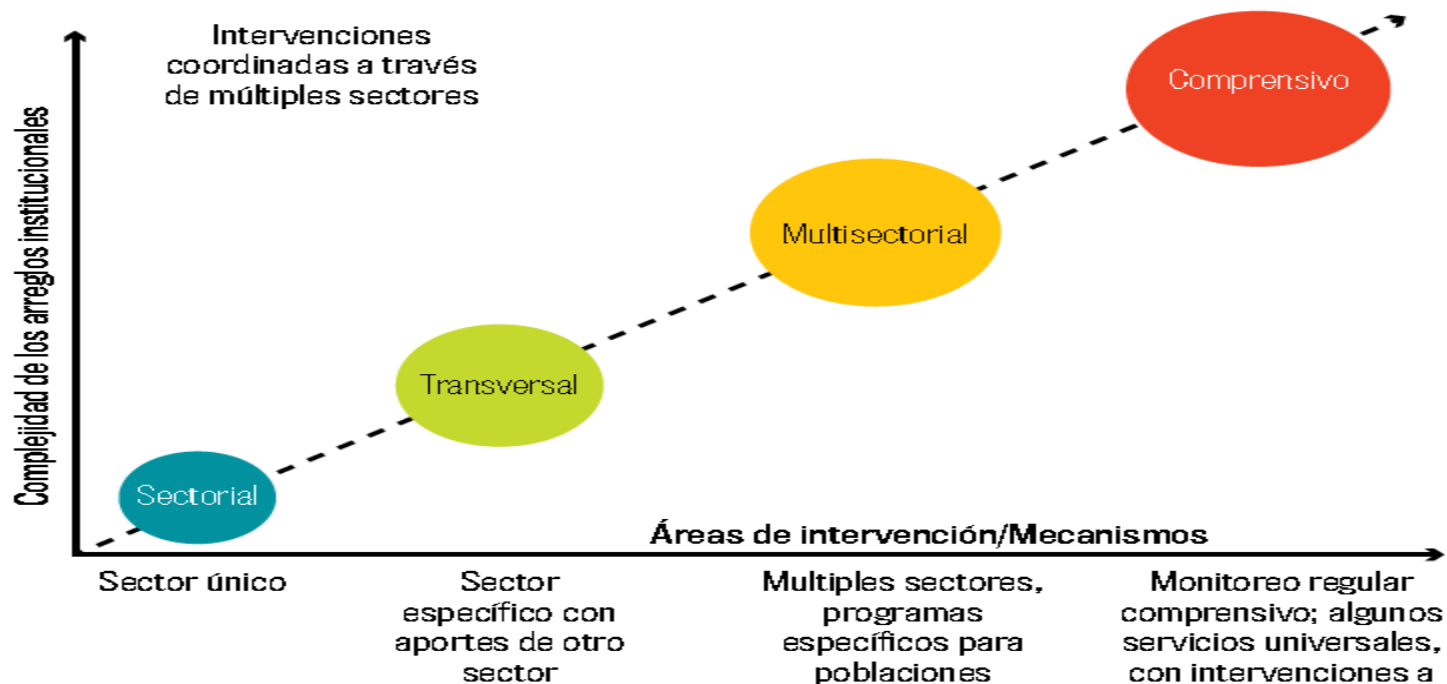
Dimensiones de las políticas públicas de DIT, variables y niveles de desarrollo

Dimensiones de las políticas públicas de DIT	Variables	Nivel de desarrollo			
		Latente	Emergente	Establecido	Maduro
Entorno habilitante	Marco legal	inexistente	mínimo	regulaciones en algunos sectores	desarrollado
	Coordinación	baja dentro del sector	alta dentro del sector	baja a nivel interinstitucional	alta a nivel interinstitucional
	Financiamiento	ad hoc	sostenido para algunos programas	sostenido para muchos programas	sostenido para alcanzar metas
Grado de implementación	Cobertura	baja	en expansión	universal en algunos sectores	universal en DIT
	Programas	piloto	establecidos en pocos sectores	establecidos en varios sectores	establecidos en DIT
Monitoreo y aseguramiento de calidad	Información sobre DIT	mediciones mínimas	resultados a nivel nacional	resultados a nivel nacional, regional y local	resultados a nivel nacional, regional, local e individual
	Estándares de calidad y cumplimiento	estándares inexistentes o limitados	estándares en algunos sectores	estándares en la mayoría de los sectores, monitoreo regular del cumplimiento	estándares en todos los sectores, monitoreo regular del cumplimiento y aplicación efectiva
Foco de la política	Intervenciones en DIT (salud, nutrición, educación y protección del niño)	algunas y mínimas	algunas establecidas	servicios bien establecidos	servicios integrados y prestados universalmente

Determinantes Sociales de la desnutrición



Categorías de programas de DIT: áreas de enfoque y disposiciones institucionales.



A 2021 disminuir la proporción de población con viviendas y servicios inadecuados, medidos según el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI.

A 2021 el 100% de las entidades territoriales implementan política de tenencia responsable de animales de compañía y de producción.

A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto del 99% en áreas urbanas.

A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto o soluciones alternativas del 83% en áreas rurales.

Líneas de Base?

-A 2021, incrementar el consumo diario de frutas y verduras en la población en general.

-A 2021, incrementar anualmente en un 10% el número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental.

A 2015, aumentar a 3'837.363, las toneladas de producción pecuaria de la Canasta SAN.

e. A 2015, reducir a 28,5% el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza (línea de pobreza adoptada por el país, según el DNP).

Líneas de Base? Metas regionales o territoriales?

Estrategias del componente:

- a. Políticas públicas intersectoriales: comprende la inclusión de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en todas las políticas públicas, con enfoque de equidad; y la elaboración e implementación de una política transectorial de estilos de vida saludable.
- b. Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable: implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física; el fortalecimiento del transporte activo no motorizado.



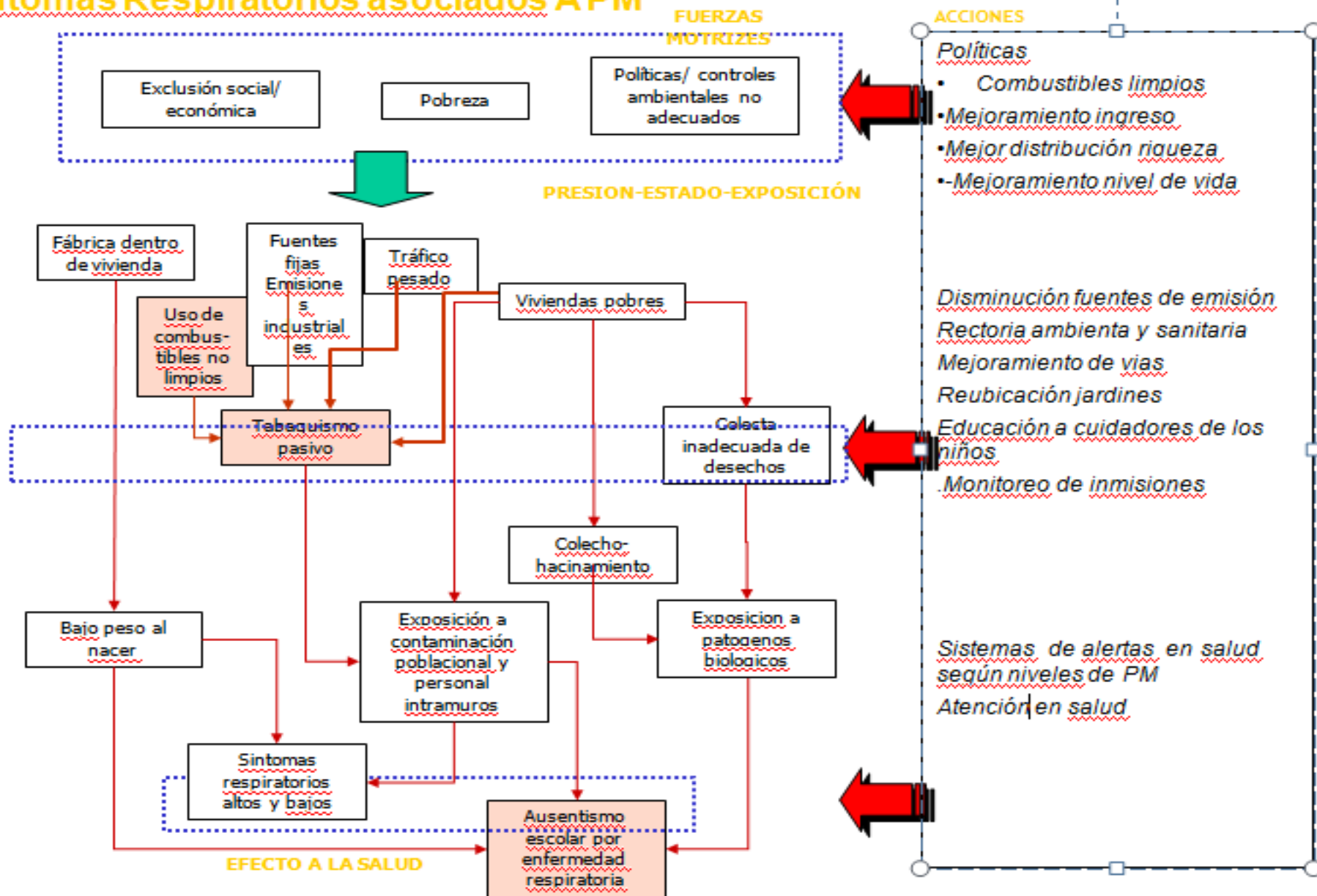
Dimensiones de la Política	Variables	Nivel de Desarrollo			
		Latente	Emergente	Establecido	Maduro
Entorno Habilitante	Marco Legal		Marco legal mínimo, unos pocos programas con financiamiento sostenido, baja coordinación interinstitucional, coordinación al interior del sector algo más alta.		
	Coordinación				
	Financiamiento				
Grado de Implementación	Cobertura		Cobertura en expansión, aunque con importantes brechas; algunos programas establecidos en pocos sectores; alta desigualdad en el acceso.		
	Programas				
Monitoreo y Aseguramiento de la calidad	Información sobre PDSP			Existencia de estándares para programas, proyectos e intervenciones del PDSP para casi todos o todos los sectores; se cuenta con un sistema de monitoreo regular de cumplimiento; información disponible sobre resultados de DIT a nivel nacional, regional y local.	
	Estandares de Calidad y cumplimiento				
Foco de la Política	Intervenciones en DIT (salud, nutrición, educación y protección del niño)		Algunos servicios de salud, nutrición, educación y protección de infantes y niños.		

Estudios Interpretativos: Evaluación de Políticas Públicas: Métodos no epidemiológicos.

Problematización- Lectura de Necesidades

- A- Determinante Estructural- Caso ERA
- Las Fuerzas Motrices o propulsoras son factores que motivan y empujan a los procesos ambientales involucrados. Representan las cuestiones más generales que están por detrás del modelo de desarrollo adoptado por la sociedad y que propician las actividades y fuentes de la contaminación o degradación. Una de las fuerzas motrices más importante es el crecimiento poblacional. También hacen parte de estos factores el modelo de desarrollo económico y tecnológico; la distribución del ingreso, el nivel de escolaridad y los niveles de empleo.
- En los resultados obtenidos un 32.3% las madres tienen secundaria completa como máximo nivel educativo, sin diferencia estadísticamente significativa entre lo más y menos expuestos. Esta cifra es similar a la evidenciada en la Encuesta Nacional de Salud ENS (2007) que es de 34.6%. En cuanto a nivel desempleo el 40,8% de las madres son trabajadoras independientes o informales, sin diferencia estadísticamente significativa entre lo más y menos expuestos. En la ENS esta proporción es inferior al 3,0%. Es decir existen unas condiciones de vulnerabilidad social en los hogares de las localidades estudiadas.

Síntomas Respiratorios asociados APM



Cartografía Social



Conclusiones

- 1. Evaluar es Comparar.
- 2. Tener evaluación ex-ante o línea de base.
- 3. Compararse a través del tiempo o entre similares.
- 4. Diseños antes- después.
- 5. Abordajes cuanti-cualitativos- Abordajes mixtos.
- 6. Métodos progresivos
- 7. La evaluación debe ser participativa entre actores sociales e institucionales.
- 8. La evaluación debe ser formativa.-Necesidad de cualificar talento humano.
- 9- Generar evidencia hacer transferencia del conocimiento.

Luis Jorge Hernández F. Md PhD

Luishern@uniandes.edu.co