

Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y Análisis de Inequidades 2005-2011

Félix León Martínez Martín. Médico, Magister en Salud Pública. Investigador y miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID, Universidad Nacional de Colombia. Calle 44 No. 45-67 Bloque B4 oficina 701- Unidad Camilo Torres.
felixleonmm@gmail.com

Resumen

En este estudio se evalúan las tendencias de las tasas de mortalidad materna e infantil en el periodo 2005-2011, y la relación que estas tienen con los determinantes sociales. El análisis se realiza desde el enfoque de equidad que el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud ha venido construyendo a lo largo de varias investigaciones.

Palabras clave (DeCS): equidad en el estado de salud, mortalidad materna, mortalidad infantil

Abstrac

This study evaluates the trend of maternal and infant mortality rates in the period 2005-2011, and the relationship that they have with the social determinants. The analysis is done from the equity approach the Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud has been building over several investigations.

Key words (DeCS): equity in health, maternal mortality, infant mortality.

Introducción

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud realizó en Bogotá, para el período 1998-2004, un análisis de equidad en la mortalidad materna e infantil por causas evitables (1). Con dicho análisis como punto de referencia, este estudio tiene como objetivo evaluar la tendencia de las tasas de mortalidad materna e infantil (menores de un año) en el periodo 2005-2011 y su relación con los determinantes sociales, indicadores clave de inequidad en salud seleccionados en las investigaciones del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá.

Equidad en salud

El enfoque que aquí se asume entiende por equidad en salud ausencia de desigualdades injustas y evitables entre grupos humanos, y por injusto y evitable aquello derivado de las ventajas o desventajas producidas por la posición social. En la misma vía, la posición social se define por la clase social a la que se pertenece, la riqueza acumulada, el prestigio, o el poder reconocido socialmente (2), y con frecuencia, por todas estas condiciones combinadas, sobre todo cuando la clase social, el género y la etnia se articulan (3).

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud ha venido trabajado en diversas áreas de medición de desigualdades en salud relacionadas con la posición social (4) y ha resaltado que posición social, ingreso, nivel educativo y posición ocupacional, son clasificadores proxy de las desventajas sociales que definen grupos objetivo para comparar la situación de salud-enfermedad. Así pues, las oportunidades en salud, las exposiciones a riesgos, la respuesta de la sociedad y los resultados de salud a largo plazo, deben compararse entre estratos, niveles educativos, deciles de ingreso y posiciones

ocupacionales. En consecuencia, en la perspectiva del Observatorio el gradiente social debe ser el campo de medición de las variables de salud-enfermedad, y no una variable más de análisis.

Los estudios del Observatorio han puesto de relieve el hecho de que la relación entre variables geográficas y socioeconómicas no es sencilla ni útil para los análisis de equidad cuando las agrupaciones poblacionales georeferenciadas son muy heterogéneas respecto a las variables de ventaja o desventaja social, y que son mucho más útiles las desagregaciones geográficas menores puesto que en ellas se encuentra mayor homogeneidad de las variables de posición social. Es de anotar, sin embargo, que la distribución de las variables sociales al interior de cada localidad geográfica debe ser tomada en cuenta ya que sólo al revisar la distribución del ingreso al interior de cada localidad, logran evidenciarse diferenciales de salud-enfermedad relacionados con la posición social.

En el mismo sentido de la segmentación social de la ciudad expuesto, el Observatorio ha señalado en su última publicación que hay una fuerte correspondencia entre las divisiones de clase y la segmentación territorial de la ciudad por localidades; es decir, que existe una división socioterritorial de las clases sociales, que se corrobora por la repartición espacial desigual de los índices de calidad de vida y salud. En Teusaquillo, Chapinero y Usaquén predominan los directivos, gerentes, profesionales y técnicos con altos niveles de calidad de vida y salud, mientras en Ciudad Bolívar, Bosa y Usme la población es mayoritariamente obrera y de independientes con pequeños negocios, y menores índices de calidad de vida y salud. Lo mismo sucede en el análisis de la composición por posiciones de clase social dentro de los estratos, La segmentación espacial de la ciudad es, pues, una segmentación entre clases sociales (5).

Según la OPS (6), la orientación y el alcance de las intervenciones en las condiciones de salud están mediados por valoraciones implícitas en el proceso de medición. La selección del estado de salud del mejor grupo socioeconómico o del valor promedio poblacional como referente de igualdad de un

indicador de impacto total de inequidades en salud, determina que la intervención tenga un enfoque maximalista, de mejoría para todos, o conservador, de solución redistributiva. De un lado, la decisión de aplicar medidas de impacto exige el diseño de políticas intersectoriales y de alcance poblacional para maximizar su efectividad. De otro, el uso de medidas de efecto requiere intervenciones selectivas, de mayor nivel intrasectorial en salud, en los grupos menos favorecidos.

Mortalidad materna e infantil

Según señala el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la meta de Colombia para el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio -ODM- consiste en reducir la mortalidad en menores de un año a 14 por 1.000 nacidos vivos, tomando como línea base el dato de 30 de la Encuesta de Demografía y Salud de Profamilia de 1990. Al proyectar la tasa de mortalidad infantil estimada con base en los registros de defunción del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) entre 1998-2001, y los datos de las Encuestas de Demografía y Salud, Colombia tendría en 2015 una tasa de mortalidad de 18 por 1.000 nacidos vivos. Así pues, para que las condiciones de salud y nutrición de las mujeres gestantes en el momento del parto mejoren, y se proteja a los niños recién nacidos, en los que un alto porcentaje de muertes infantiles ocurre, resulta urgente reorientar la acción del Estado.

De acuerdo con las evaluaciones presentadas por el Programa Así Vamos en Salud, la mortalidad infantil ha disminuido de manera progresiva. La línea de base en 1990 era de 37 por 1.000 nacidos vivos, en 2000 de 20,41 y en 2009 de 13,69. Para el 2005 Colombia habría superado la meta de desarrollo del milenio. No obstante, el indicador planteado en el CONPES 140 (7) es la tasa ajustada calculada por el DANE, y, a partir de ella, el país todavía estaría a cuatro puntos de alcanzar la meta

planteada. La tasa reportada para el 2008 fue de 20.6. La situación departamental es, sin embargo, diferente: sólo 18 de los 32 departamentos cumplieron con la meta para el 2008.

El quinto ODM consiste en mejorar la salud materna. Para lograrlo, los países se comprometieron a reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes. Mortalidad materna se define como toda muerte ocurrida por causa del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de alguna enfermedad agravada por el embarazo, que ocurre durante éste, durante el parto o hasta 6 semanas después. Para el caso de Colombia la meta es reducir las muertes maternas a 45 por 100.000 nacidos vivos.

Según la información reportada por el DANE a junio de 2011, en el año 2009 la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 72,88 por cada 100.000 nacidos vivos. Esto representa una disminución de 40,19% en la mortalidad materna frente al año 2000. Sin embargo, hubo un incremento de casi 10 muertes por 100.000 nacidos vivos frente al año 2008. Para lograr la meta propuesta para el 2015 debería mantenerse una reducción sostenida.

El análisis de equidad en mortalidad materna e infantil por causas evitables en el período 1998-2004 (1) concluyó que la trayectoria de las tasas de mortalidad evitable guarda relación con el curso seguido por las medidas de pobreza extrema y de intensidad de la pobreza, que está asociada con el grado de concentración de los ingresos, tanto a nivel general como al interior de los pobres, y que, entonces, es posible que haya vínculos entre los fenómenos sanitarios y la forma como evolucionan las condiciones de equidad del conjunto de la ciudad.

Objetivo general

Evaluar la tendencia de las tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil (menores de un año) en el periodo 2005–2011 y su relación con determinantes sociales.

Objetivos específicos

Obtener frecuencias del total de muertes maternas en el período 2005–2011 y calcular tasas y tendencias.

Analizar las desigualdades sociales relacionadas con la mortalidad por variables de posición social y localidades.

Revisar los logros en las metas del Plan de Desarrollo.

Analizar las inequidades en mortalidad materna e infantil y las limitaciones sociales estructurales que actúan como determinantes sociales.

Materiales y métodos

Fuentes de información: para la mortalidad materna y de menores de un año, certificado individual de defunción según bases de datos recibidas de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Para el denominador nacidos vivos, bases de natalidad del DANE recibidas de la SDS. Para las metas del Plan de Desarrollo, Plan de Desarrollo 2008-2012 (8) y Análisis de la Situación de Salud (ASIS) (9). Para las proyecciones de mortalidad, estadísticas vitales del DANE (10). Para el análisis por localidades y el análisis de equidad, cifras de pobreza e indigencia de la Encuesta Calidad de Vida 2007 (11).

Procesamiento y análisis: Desde el punto de vista metodológico, el objetivo implicó obtención de frecuencias del total de muertes maternas en el período, revisión de información para las clasificaciones utilizadas (fundamentalmente causas prevenibles), cálculo de razones y tendencias, y revisión de logros en metas del Plan Distrital de Desarrollo. Con base en la información registrada en los certificados de defunción y de nacimientos, proporcionada por la SDS, y desde el enfoque desarrollado por el Observatorio, se presenta la situación de desigualdad en la mortalidad materna e infantil en Bogotá en el período en estudio. Igualmente, se produce el seguimiento de las desigualdades sociales relacionadas con la mortalidad de menores de un año, según las variables proxy de posición social disponibles en los registros de mortalidad, las desigualdades entre las localidades del Distrito y, finalmente, el análisis de inequidades en mortalidad de menores de un año mediante correlaciones entre las tasas de mortalidad encontradas y las características sociales de las localidades.

En los casos en los que no se cuenta con la fuente de información primaria sobre mortalidad, se opta por buscar la concentración de la mortalidad en los grupos con mayores desventajas sociales, mediante información secundaria disponible para las localidades.

Las bases de datos del registro de defunciones recibidas de la SDS no incluyen el año 2011 completo. Dicho año sólo se utiliza para los análisis de proporciones y no para las cifras totales o razones de mortalidad anual.

En relación con la mortalidad materna se descartaron algunas muertes registradas en la base de datos correspondientes a mujeres residentes en otros departamentos, casos que por supuesto no aplicaban para el ejercicio de equidad propuesto; esto es, una muerte en 2006, una en 2007 y una en 2008. De aquí que haya pequeñas variaciones en las razones respecto a las cifras oficiales dadas de conocer por la SDS en el ASIS de 2009 (9).

En relación con la mortalidad de menores de un año, las cifras totales utilizadas proceden de las bases de datos de la SDS y, por tanto, las tasas de mortalidad globales de menores de un año en el periodo 2005-2010, son idénticas a las publicadas por la SDS.

Los datos correspondientes al periodo 1998-2004 fueron publicados en la anterior investigación del Observatorio y se utilizan únicamente para observar el comportamiento de las series en un plazo mayor (1).

El denominador nacidos vivos para el periodo estudiado procede de las bases de natalidad del DANE, recibidas de la SDS, e incluye cifras idénticas a las de las publicaciones de la Secretaría.

2005	2006	2007	2008	2009	2010
112.478	113.918	117.228	117.563	115.659	110.032

Resultados

Evolución de la mortalidad materna 2005-2011

El número de muertes maternas disminuyó en la ciudad entre 2005 y 2011 pasando de 67 a 43; una acentuada reducción del 51% (Gráfico 1). El subregistro en las defunciones de Bogotá en 2005 era cercano al 5,3%, mientras el nacional correspondía a 23,8% a nivel nacional, según el ASIS de la Facultad Nacional de Salud Pública (12), basado en fuentes del DANE. La disminución de muertes maternas no obedece a la disminución de nacimientos (Gráfico 2). Estos muestran una tendencia a la

estabilización en el periodo 2005-2010, en cerca de 110.000 por año, con una pendiente que disminuye en relación al periodo 1998-2004, previamente estudiado por el Observatorio (1).

La razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos muestra, en consecuencia, una disminución porcentual mayor que la del número de nacidos vivos: 35% la primera, 2,2% la segunda. La razón se reduce sensiblemente: de 59,6 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en 2005 a 39,08 en 2010 (Gráfico 3). La reducción desde el año 2000 ha sido de 92 a 39,1 (Gráfico 4), valores que podrían compararse con la reducción de la razón a nivel nacional, de 105 a 62.8 en 2008, cifra que superó Bogotá en el año 2002. El Plan de Desarrollo 2008-2012 fijaba una razón de 40 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos para 2012, meta alcanzada en 2010 (Tabla 1).

Análisis de desigualdades en mortalidad materna

El instrumento de los certificados de defunción, que constituye el registro de mortalidad y que da lugar a la base analizada, permite observar las desigualdades en las razones de mortalidad materna entre mujeres con condiciones sociales que constituyen ventaja o desventaja social y que, por tanto, permiten introducir el análisis de inequidad en la mortalidad materna.

La primera variable a considerar es el estado civil. La unión libre, que representa el 58% en promedio del total de las madres en el periodo 2005-2011, es la condición con menor razón de mortalidad, seguida de la condición de casada. La razón de mortalidad más alta corresponde a quienes tuvieron un hijo en condición de solteras.

Ya para el periodo 2000-2004 el grupo de madres en unión libre presentaba la menor razón de mortalidad con un valor promedio de 60 por 100.000 nacimientos vivos. Esta razón se ha reducido en más de un 50% (27,7) para el promedio del periodo 2008-2011.

Condiciones de estado civil como separada y viuda han dejado de ser representativas en el total de madres. Así pues, el grupo de madres en condición de solteras representa el grupo con mayor razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (61,8) para el periodo 2008-2011, más del doble que las madres en unión libre y seguido de las madres casadas (44,5) (Gráfico 5).

El nivel educativo es la variable más importante disponible en el instrumento de mortalidad para acercarse a la identificación de la posición social o de ventaja y desventaja social y hacer análisis de equidad. Las variables estrato, ingreso y posición socio-ocupacional no se registran en el instrumento.

El nivel de educación secundaria completa es el de mayor peso entre las madres: representa el 35% de los nacimientos en el periodo y muestra una tendencia al incremento. Este grupo reduce la razón de mortalidad materna en más de la mitad: de un promedio de 40,6 en el periodo 2005-2007 a uno de 14,8 en el de 2009-2011. Así pues, contra este grupo central se comparan los de menor educación y los de mayor educación.

Las madres con educación superior al bachillerato no presentan una razón de mortalidad muy distantes a la de las bachilleres, pero es más variable, en parte, en función de un número menor de madres (Gráfico 6). Las madres con nivel educativo inferior al bachillerato, pero con estudios primarios completos o bachillerato incompleto, tampoco se alejan de las madres bachilleres, y reducen su razón de mortalidad en similar proporción. Sin embargo, a diferencia de la mortalidad de todos los demás grupos, el grupo con menor educación (ninguna o primaria incompleta), muestra razones de mortalidad

mucho más altas, con gran variación (incluso alcanza razones superiores a 700 en el año 2009) y con tendencia creciente en el periodo estudiado. Esto demuestra que el fenómeno está relacionado con la posición social, en este caso con su variable proxi “nivel educativo” (Gráfico 7), y que se multiplica varias veces entre las madres con muy bajo nivel educativo, señalándose un grado de exclusión o marginación, con certeza correspondiente a las más bajas posiciones sociales.

En conjunto, en el periodo analizado se observa una disminución de la mortalidad materna en todos los grupos, según nivel educativo, excepto en el “sin educación” o “con primaria incompleta”, que muestran un incremento preocupante entre 2008 y 2010 (Gráfico 8), años que coinciden con un crecimiento de la natalidad en la ciudad. Otra variable muy importante es la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud; en términos de posición social, la condición de pertenecer a los grupos más pobres es la llave de entrada al Régimen Subsidiado, y en términos del sistema de salud, este tipo de afiliación puede depender la calidad de los servicios, y de ellos, en gran parte, la mortalidad materna.

El mayor porcentaje de madres en el periodo, 65%, corresponde al Régimen Contributivo: pasa de un promedio de 56% en 2005 a uno de 64% en 2011 (Gráfico 9). Las madres afiliadas al Régimen Subsidiado, por definición las más pobres, presentan una razón de mortalidad que duplica la del Régimen Contributivo, aunque ha bajado de una razón promedio de 89 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el periodo 2005-2007, a una de 62,2 en el periodo 2008-2011. Esta misma razón para las madres del Régimen Contributivo bajó de 36,1 a 30,7 (Gráfico 10).

El grupo de madres no aseguradas representa en promedio el 15% de las madres con hijo nacido vivo en el periodo y presenta una tendencia al descenso porcentual: de 16% en 2005 a 10% en 2011. Sin embargo, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos presenta un aumento importante: de un promedio del 54,1% entre 2005 y 2007, a un promedio del 77,7% entre 2008 y 2011,

constituyéndose, al haber superado las cifras de las madres del Régimen Subsidiado, en el grupo de mayor riesgo de mortalidad materna. El Gráfico 11 presenta las diferencias de razones promedio de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos por régimen de seguridad social en salud en los periodos 2005-2007 y 2008-2011, así como el crecimiento o decrecimiento de las mismas.

Al analizar la mortalidad materna por grupos de edad en el periodo 2005-2011 se encuentra que las razones más bajas corresponden a madres entre 15 y 29 años. Los valores empiezan a aumentar a partir de los 30 años y el riesgo de muerte crece geométricamente a partir de los 35. Las madres menores de 15 años también presentan una razón de mortalidad superior al promedio (Gráfico 12). Aunque hay una tendencia a la disminución de la mortalidad materna en todos los grupos, la reducción es mucho más notoria en las madres mayores de 40 años (Gráfico 13).

Respecto de las diferencias por territorios, se observan cambios significativos en la evolución de las razones de mortalidad materna por localidad en los dos periodos, con reducción en la mayoría de los casos. Las localidades que mostraban la mayor razón de mortalidad materna presentaron importantes reducciones (Barrios Unidos, Santa Fé – Candelaria, Teusaquillo, Ciudad Bolívar y San Cristobal), mientras otras presentaron incrementos significativo (Los Mártires, Tunjuelito, Suba y Fontibón) (Gráfico 14).

La mayor razón de mortalidad materna para el periodo 2008-2010 se encuentra en las localidades Los Mártires, Fontibón, Puente Aranda, Tunjuelito, Suba, Bosa y Rafael Uribe, con más de 40 muertes por 100.000 nacidos vivos. La menor razón la tienen las localidades Chapinero, Usaquen, Teusaquillo y Antonio Nariño (Gráfico 15). El Gráfico 16 muestra cuáles localidades aportaron a la reducción de la mortalidad del Distrito en mayor o menor grado que el promedio de la ciudad.

No se encontró relación significativa entre la mortalidad materna por localidad y los porcentajes de pobreza o miseria de las respectivas localidades, por lo que el conjunto de desventajas sociales asociado a la posición social no parece determinar en primera instancia este riesgo, como sí parece hacerlo el nivel educativo muy bajo. Parecen existir, sin embargo, algunas dificultades en el registro y organización de las bases de datos, al registrar la localidad de muerte y la localidad de vivienda de la madre, lo que podría estar alterando en alguna medida los resultados.

La meta del Plan de Desarrollo ha sido cumplida plenamente. Sin embargo, para incorporar el enfoque de equidad en las políticas relacionadas con la problemática, deberían incluirse metas de disminución de brechas entre localidades y entre regímenes de afiliación.

Evolución de la mortalidad infantil (menores de un año) 2005-2011

El número de casos de muertes de menores de un año ha pasado de 1.684 casos en 2005 a 1.282 en 2011, una reducción del 24% (Gráfico 17). La tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos se reduce, en consecuencia, de 15 a 11,7 por mil entre 2005 y 2010 (Gráfico 18).

La meta de 11,7 muertes por 1.000 nacidos vivos trazada por el Plan de Desarrollo del Distrito 2008-2012 para el año 2009, fue alcanzada en 2010 (Tabla 2). El resultado fue mucho mejor que las proyección tanto en la nación como en el Distrito (Gráficos 19 y 20).

Clasificada la mortalidad de menores de un año por grupos de causas, el grupo considerado “no prevenibles” ocupa cerca del 40% de las muertes, y, dentro de las “prevenibles”, “las perinatales” son responsables de más del 80% (Tabla 3).

La tasa de mortalidad del grupo de prevenibles muestra una reducción: de 8,72 por 1.000 nacidos vivos en 2005 a 6,10 en 2010, 30% en el periodo estudiado. La tasa de mortalidad por 1000 nacidos vivos del grupo de no prevenibles disminuye en menor grado: de 6,25 en 2005 a 5,55 en 2010, 11% (Gráfico 20).

Dentro del grupo de prevenibles, la mortalidad perinatal se reduce de 830 casos en 2005 a 579 en 2010 en Bogotá, es decir 30%. Sin embargo, la mayoría de muertes perinatales en Bogotá se asocia a malformaciones congénitas, en teoría no prevenibles, y se reducen sólo 1,5% en el periodo analizado. Así pues, la reducción observada corresponde fundamentalmente a causas verdaderamente prevenibles entre las perinatales (Tablas 4 y 5).

Sigue en importancia la Infección Respiratoria Aguda (IRA). Disminuye en el periodo analizado más que las perinatales: de 130 casos en 2005 a 84 en 2010, 35% (Gráfico 21). La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y las enfermedades inmunoprevenibles presentan pocos casos de mortalidad en la ciudad y continúan disminuyendo en el periodo analizado, como se observa en el Gráfico 23 en el que se excluyen las perinatales. Las tasas de mortalidad muestran el peso de las causas perinatales en relación con las otras causas prevenibles (Gráfico 24).

El análisis se concentrará en adelante en el grupo de prevenibles constituido por IRA, EDA y enfermedades inmunoprevenibles. El número de muertes de menores de un año por estas causas se reduce 75% pasando de 370 casos en 1998 a 92 en 2010. La reducción entre 1998 y 2004 había alcanzado un 45%, mientras entre 2005 y 2010 un 39%, lo que señala la tendencia de la curva a aplanarse, hecho lógico cuando se aproximan valores cercanos a cero (Gráfico 25).

La tasa de mortalidad por este grupo de causas prevenibles se reduce, en consecuencia, de 2,72 por 1.000 nacidos vivos en 1998 a 0,84 en 2010. La reducción se torna más lenta en el último periodo analizado (Gráfico 26).

Análisis de desigualdades en mortalidad por IRA, EDA y enfermedades inmunoprevenibles

El instrumento de los certificados de defunción permite observar las diferencia de las tasas de mortalidad de los menores de un año entre condiciones sociales que constituyen ventaja o desventaja social y que, por tanto, permiten introducir el análisis de desigualdades en la mortalidad evitable.

La primera variable a considerar es el estado civil de la madre. La tasa de mortalidad por el grupo estudiado se muestra sustancialmente menor para los menores de un año con madres que reportan estado civil casada o matrimonio vigente, que para los grupos con madres solteras o en unión libre: 0,4 frente 0,8 por 1.000 nacidos vivos en 2010.

La mayor reducción de la tasa de mortalidad en el periodo analizado corresponde a los menores de un año con madres en unión libre: de 1,35 por 1.000 nacidos vivos en 2005 a 0,79 por 1.000 nacidos vivos en 2010; una disminución del 42% en términos porcentuales (Gráfico 27).

La segunda desigualdad observable se relaciona con la edad de la madre. La mortalidad agrupada por causas, fundamentalmente evitables, es siempre mayor en el grupo con las madres más jóvenes. La tasa del grupo con madres de 10 a 19 años es de 1,2 por 1.000 nacidos en el año 2010, y la del grupo con madres de 30 a 39 años de 0,6, justo la mitad. El grupo de 20 a 29 años presenta una tasa intermedia y es en el que hay más reducción entre 2005 y 2010: 39% (Gráfico 28).

El régimen de seguridad social permite acercarse a la posición social de la madre y de la familia del menor de un año, ya que para pertenecer al Régimen Subsidiado se requiere que la familia sea clasificada como pobre por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) y que ninguno de los padres tenga un trabajo formal con seguridad social, lo que ubicaría al niño y a la madre en el Régimen Contributivo.

Para el año 2005, la tasa de mortalidad de menores de un año por las causas evitables agrupadas en el análisis era casi el doble en las familias del Régimen Subsidiado en relación con las del Régimen Contributivo: 1,95 contra 1,05 por 1.000 nacidos vivos. Aunque para el año 2010 ambas tasas disminuyeron, la diferencia entre ellas es mayor: 1,55 contra 0,5 por 1.000 nacidos vivos. Mientras que el Régimen Subsidiado redujo su tasa en 20%, el Régimen Contributivo lo hizo en 50% (Gráfico 29).

IRA, la principal causa evitable

La mortalidad por IRA ostenta la mayor tasa entre las tres analizadas (Gráfico 30). Por grupos de edad de la madre, la tasa de mortalidad por IRA de los menores de un año es mayor en aquellos con las madres más jóvenes. Sin embargo, se aprecia claramente un incremento de la tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos en los menores de un año con madres entre 10 y 19 años, con una tasa que después de descender a 1,2 por 1.000 nacidos vivos en 2006 retorna a 1,6 en 2010, más de tres veces la tasa del grupo con madres de 30 a 39 años (Gráfico 31).

La reducción de la mortalidad en el Régimen Subsidiado es un poco menor para IRA que para las tres causas agrupadas; de 1,76 a 1,42 por 1.000 nacidos vivos entre 2005 y 2010 (Gráfico 32).

Diferencias por localidades y análisis de inequidad

Las tasas de mortalidad de menores de 1 año por las causas evitables estudiadas muestran grandes diferencias entre las localidades del Distrito, a la vez que varían a lo largo de los años. Esto puede observarse comparando las tasas promedio del periodo 2005-2007 con las del periodo 2008-2010.

En la publicación previa del Observatorio (1) se señaló que la trayectoria de las tasas de mortalidad guarda relación con el nivel de pobreza extrema, la intensidad de la pobreza y el grado de concentración general de los ingresos (Gráficos 2 al 9). En el recorrido temporal examinado, se expuso, las asociaciones expresan tendencias de corto plazo que requieren de constataciones más detalladas en un horizonte más extenso; las asociaciones insinúan que, a mayores niveles de indigencia, mayor intensidad de la pobreza y mayor concentración del ingreso, más altas las probabilidades de mortalidad materna, y señalan que el comportamiento de los niveles de las tasas es afectado por variaciones coyunturales de la pobreza y la desigualdad. De esta manera se ponen de relieve posibles vínculos entre fenómenos sanitarios y condiciones de equidad.

La misma publicación expresó que es mayor la correspondencia entre las tasas de mortalidad evitable y la medida de intensidad de la pobreza, que entre ellas y la medida de extensión de la pobreza extrema (indigencia). Esta situación indicaría que las tasas son más sensibles a los niveles de ingreso de los pobres, que a su extensión, ya que los sectores en condiciones más críticas de pobreza son los más propensos; es la intensidad de la pobreza y no tanto su extensión la condición que afecta la evolución de los niveles de mortalidad evitable. Así pues, la asociación entre esta mortalidad y la desigualdad en el ingreso de los pobres (coeficiente de Gini dentro de los pobres) estaría expresando otra faceta del fenómeno (1).

Para el periodo 2005-2007, las localidades Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Boas, ubicadas al sur de la ciudad, y Santa Fe y Candelaria¹, ubicadas en el centro, muestran las mayores tasas de mortalidad de menores de un año por 1.000 nacidos vivos por las tres causas evitables estudiadas (Gráfico 33). Es conocido el hecho de que en estas localidades se concentra la mayor proporción de población pobre e indigente del Distrito, si se exceptúa la localidad rural de Sumapaz que no se integra en el análisis porque su mínima población arrojaría una gran variabilidad de las tasas entre uno y otro periodo (Tabla 6).

En el periodo 2008-2010 ascienden a los puestos con las mayores tasas de mortalidad Kennedy y Suba, grandes localidades del occidente y norte de Bogotá, mientras se moderan los resultados de las localidades del sur, aunque Ciudad Bolívar sigue destacándose en el primer lugar (Gráfico 34).

En el análisis de inequidad se relacionan los porcentajes de pobreza e indigencia de las localidades, según la Encuesta de Calidad de Vida para Bogotá 2007 (11), con las tasas de mortalidad por 1.000 nacidos vivos agrupadas por las causas evitables estudiadas. El resultado es una clara correlación estadística entre la tasa de mortalidad y el porcentaje de pobreza en cada localidad ($R^2 = 0,598$) (Gráfico 35).

A diferencia del estudio realizado por el Observatorio para el período 1998-2004 (1), la correlación entre porcentaje de indigencia en cada localidad y tasa de mortalidad evitable por las causas analizadas resulta con un R^2 (0,578) algo inferior al de la correlación con pobreza, aunque muy similar (Gráfico 36). Similar resultado se halla al correlacionar el porcentaje de hogares en pobreza (en lugar de personas) en cada localidad con la tasa de mortalidad de menores de un año por 1.000 nacidos vivos

¹ Las localidades Santa Fe y Candelaria se unieron para el análisis dado que una está contenida en el territorio de la otra y separadas cuentan con una población muy escasa.

por las causas evitables. El grado de correlación obtenido con la tasa de mortalidad, al utilizar el porcentaje de hogares en indigencia en lugar del porcentaje de personas en indigencia resulta algo inferior ($R^2 = 0,521$) (Gráfico 38).

Finalmente, se toma la caracterización de la pobreza en cada localidad, basada en la misma Encuesta (11), para el análisis de correlación con la tasa de mortalidad por las causas evitables analizadas (Tabla 7). El resultado muestra que la mortalidad de menores de un año por las causas evitables estudiadas tiene una mayor correlación con la pobreza crónica ($R^2 = 0,687$) que con la pobreza reciente ($R^2 = 0,522$) (Gráficos 39 y 40). De la misma manera permite observar una mayor correlación de la mortalidad estudiada con la intensidad de la pobreza ($R^2 = 0,634$) que con la severidad de la misma ($R^2 = 0,603$) (Gráfico 41).

Conclusiones

Si bien el Distrito ha venido mejorando en todos los indicadores promedio de mortalidad materna e infantil, al punto de haber alcanzado las metas propuestas en el Plan Distrital de Desarrollo 2008-2012 (8), no puede valorarse de la misma manera la situación de inequidad. Respecto de todos los indicadores de posición social escogidos para el análisis se encuentra persistencia de las brechas e inequidades acumuladas.

Sin duda, afectar situaciones profundas como la persistencia de mujeres sin educación o la pobreza crónica, requiere decisiones y transformaciones que van más allá de un período gubernamental, pero el seguimiento realizado en este ejercicio, que abarca un período no despreciable de 12 años, debería mostrar mejores resultados. Probablemente, la propuesta del actual gobierno distrital de superar la

segregación social de la ciudad (13), contribuya a hacer más consciencia de las inequidades y de sus determinantes sociales, y a orientar mejor la acción colectiva y estatal hacia su superación. De cualquier manera, la situación merece más atención por parte de los sectores relacionados con los determinantes sociales, no exclusivamente del sector salud.

La OPS reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud, debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla. Según la Organización, la calificación de una situación desigual como inequitativa implica establecer valoraciones de justicia, causa y necesidad social; la documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de las acciones y el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez instrumentadas las intervenciones específicas, los métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en salud (6).

Referencias

1. Fresneda O, Martínez F. Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004). En: Restrepo D, editor. Equidad y Salud. Debates para la Acción. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo 4. Secretaría Distrital de Salud - Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Gente Nueva Editorial; 2007.
2. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Revista de Salud Pública. 2008; 10 (Supl. 1): 72-82.
3. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2003.
4. Martínez F. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. En: Restrepo D, editor. Equidad y Salud. Debates para la Acción. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo 4. Secretaría Distrital de Salud - Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Gente Nueva Editorial; 2007.
5. Restrepo D. Introducción: un nuevo esfuerzo de medición de la inequidad en calidad de vida en salud. En: Fresneda O, editor. Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá. Avances y Reflexiones. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo 6. Secretaría Distrital de Salud - Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011
6. OPS. La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director. Washington; 1998.

7. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes # 140: Modificación a Conpes social 91 del 14 de Junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2011.
8. Plan de Desarrollo Distrital. Bogotá Positiva: Para vivir mejor. Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas. Bogotá, 2008-2012. 2008 [consultado 2012 octubre 30]. Disponible en: <http://www.casadelcontrolsocial.gov.co/index.php?idcategoria=24352#>
9. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública. Análisis de la Situación de Salud (ASIS), Bogotá, 2009. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2009.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas Vitales. [consultado 2012 octubre 30]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Calidad de Vida 2007 para Bogotá. Colección de Estudios y Políticas Socioeconómicas. [consultado 2012 octubre 30]. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones%20SDP/PublicacionesSDP/calidad_de_vida_2007.pdf
12. Facultad Nacional de Salud Pública. ASIS 2002-2007 Análisis de la Situación de Salud en Colombia, 2002-2007. Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. Bogotá: Ministerio de la Protección Social - Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2010.
13. Plan de Desarrollo Distrital. Bogotá Humana. Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas. Bogotá, 2012-2016. 2012 [consultado 2012 octubre 30]. Disponible en: <http://www.bogotahumana.gov.co/images/PDF/acuerdo489de201p2dd.pdf>