



# BOLETÍN DEL Observatorio

Para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C.

13

NOVIEMBRE DE 2012



**BOGOTÁ**  
HUMANANA

**Guillermo Alfonso Jaramillo**  
SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD  
Secretaría Distrital de Salud

**Martha Liliana Cruz Bermúdez**  
DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS  
Secretaría Distrital de Salud

**Alix Solangel García Ruíz**  
GRUPO DE INVESTIGACIONES  
Secretaría Distrital de Salud



**José Guillermo García Isaza**  
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
Universidad Nacional de Colombia

**Jorge Armando Rodríguez Alarcón**  
DIRECTOR CID  
Universidad Nacional de Colombia

**Mario Hernández Álvarez**  
DIRECTOR OBSERVATORIO



# Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005 - 2011

*Félix León Martínez Martín<sup>1</sup>  
Mario Hernández Álvarez<sup>2</sup>*  
Miembros del Grupo de Protección Social - CID/UNAL

## Introducción

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud realizó un análisis de la equidad en la mortalidad materna e infantil por causas evitables en el período 1998-2004 (Fresneda y Martínez, 2007), como uno de los indicadores más potentes para el seguimiento de la equidad en salud en Bogotá. Este ejercicio previo es el punto de referencia para el estudio que se presenta a continuación. El objetivo de este análisis es 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, indicadores claves de inequidad en salud,

<sup>1</sup> Médico, Magíster en Salud Pública, investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.

<sup>2</sup> Médico, Especialista en Bioética, Magister y Doctor en Historia, investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.



seleccionados desde las primeras investigaciones del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá.

El Observatorio viene trabajando en las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social: oportunidades desiguales de construir salud en los niños, exposición desigual a riesgos, relacionadas con las condiciones de vida y trabajo, respuesta desigual de la sociedad en accesibilidad y calidad, o financiamiento o aseguramiento diferencial y, finalmente, resultados desiguales a largo plazo, en términos de morbilidad, discapacidad y mortalidad (Martínez, 2007).

### **Mortalidad materna e infantil**

En el análisis de la equidad en la mortalidad materna e infantil por causas evitables en el período 1998-2004 (Fresneda y Martínez, 2007) se concluía:

- 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. También está asociada con el grado de concentración de los ingresos, expresado por el coeficiente de Gini, tanto a nivel general como al interior de los pobres. Se destacan así posibles vínculos entre los fenómenos sanitarios y la forma como evolucionan las condiciones de equidad del conjunto de la ciudad.

El objetivo general de esta investigación fue el de 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.

Desde el punto de vista metodológico, el objetivo implicó la obtención de frecuencias del total de muertes maternas en el período, la revisión de la información para las clasificaciones utilizadas (fundamentalmente causas prevenibles), el cálculo de razones y sus tendencias, y la revisión de logros en metas del Plan Distrital de Desarrollo.

Desde esta perspectiva, se presenta la situación de desigualdad en la mortalidad materna e infantil en Bogotá en el período en estudio, con base en la información registrada en los certificados de defunción y de nacimientos, proporcionada por la Secretaria Distrital de Salud, y desde el enfoque que ha venido desarrollando el Observatorio.

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.

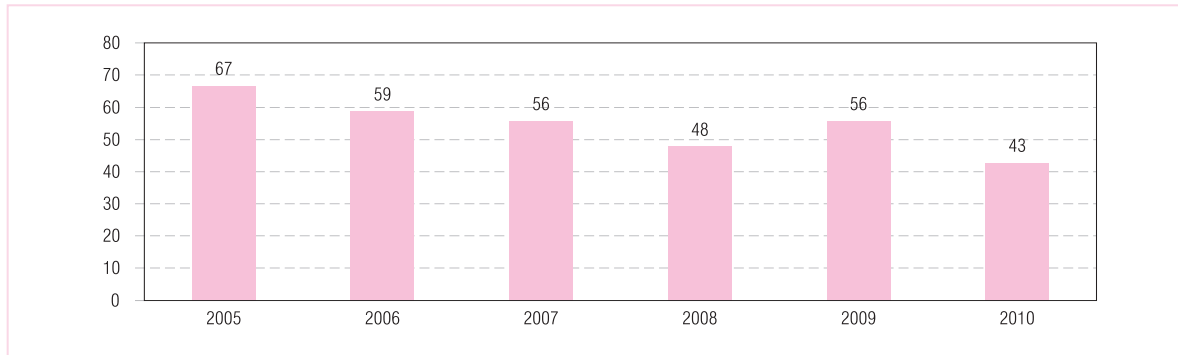
## **Resultados**

### **Evolución de la mortalidad materna 2005-2011:**

El número de casos de muertes maternas disminuye en la ciudad, desde 67 casos en 2005 hasta 43 casos

en 2011, es decir una reducción muy acentuada, que equivale al 51% en este periodo (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Muertes maternas registradas por año en Bogotá 2005 - 2011**

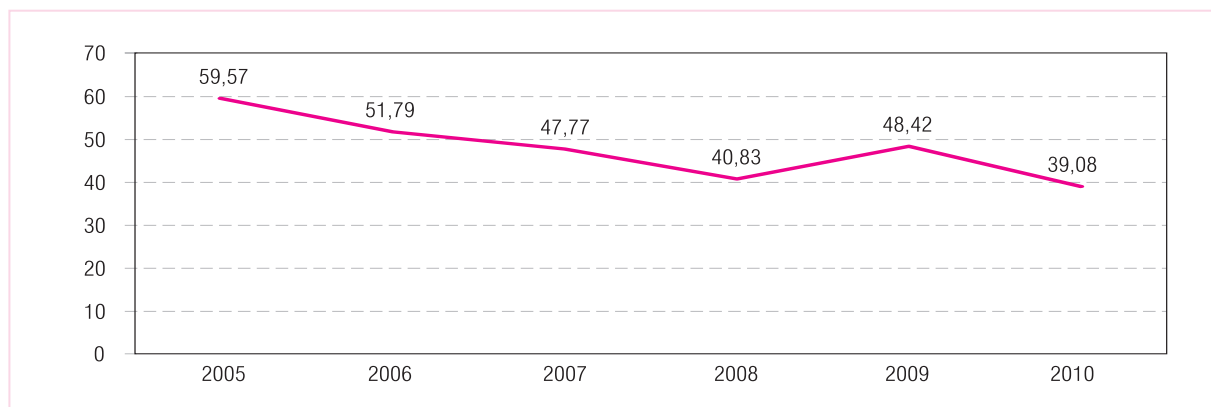


Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

La disminución de muertes maternas no obedece a la disminución en los nacimientos de la ciudad, que muestran, por el contrario, una tendencia a la estabilización en el periodo 2005-2010, en cerca a los 110.000 por año, con una pendiente que disminuye su inclinación en comparación al periodo 1998 – 2004, previamente estudiado por el Observatorio (Fresneda y Martínez, 2007).

La razón de mortalidad materna x 100.000 nacidos vivos muestra, en consecuencia, una disminución porcentual mayor (35%) entre 2005 y 2010 que el número de nacidos vivos, con una disminución tan sólo del 2.2%. La razón se reduce sensiblemente en valores, de 59,6 muertes maternas X 100.000 nacidos vivos en 2005 a sólo 39.08 en 2010 (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, Bogotá 2005 - 2010**



Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS



Desde el año 2000 se ha reducido de 92 a 39,1, valores que se podrían comparar con la reducción de la razón a nivel nacional, desde un 105 en el año 2000 a un 62,8 en 2008, cifra que superó Bogotá desde el año 2002.

El plan de Desarrollo 2008-2012 fijaba una razón de 40 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos para 2012, meta ya alcanzada en 2010 (Tabla 1).

**Tabla 1. Meta de mortalidad materna en el plan distrital de desarrollo 2008-2012**

METAS (Razón)	2008	2009	2010	2011	2012
	53	50	47	43	40

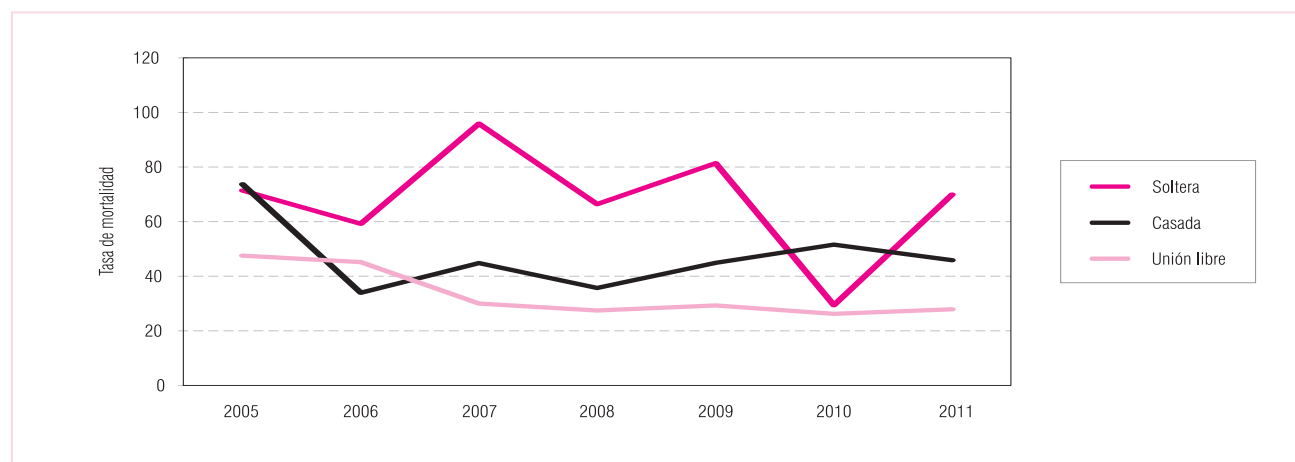
Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública 2009.

### Análisis de desigualdades en mortalidad materna

El instrumento de los certificados de defunción que constituye el registro de mortalidad, que da lugar a la base analizada, permite observar las desigualdades en las razones de mortalidad materna entre mujeres con algunas 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 entre 2005 y 2011, es la condición con menor razón de mortalidad en el periodo, seguida de la condición de casada, mientras la razón de mortalidad más alta corresponde a quienes tuvieron su hijo en condición de solteras. (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, Bogotá 2005 - 2011 según estado civil**



Fuente: certificado individual de defunción. - Bases SDS

El nivel educativo es la variable más importante, disponible en el instrumento de mortalidad, para acercarse a la identificación de la posición social, es decir la ventaja o desventaja social, puesto que en éste no se registran variables como estrato, ingreso o posición socio-ocupacional. Por la misma razón, resulta también la de mayor importancia en los análisis de equidad.

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

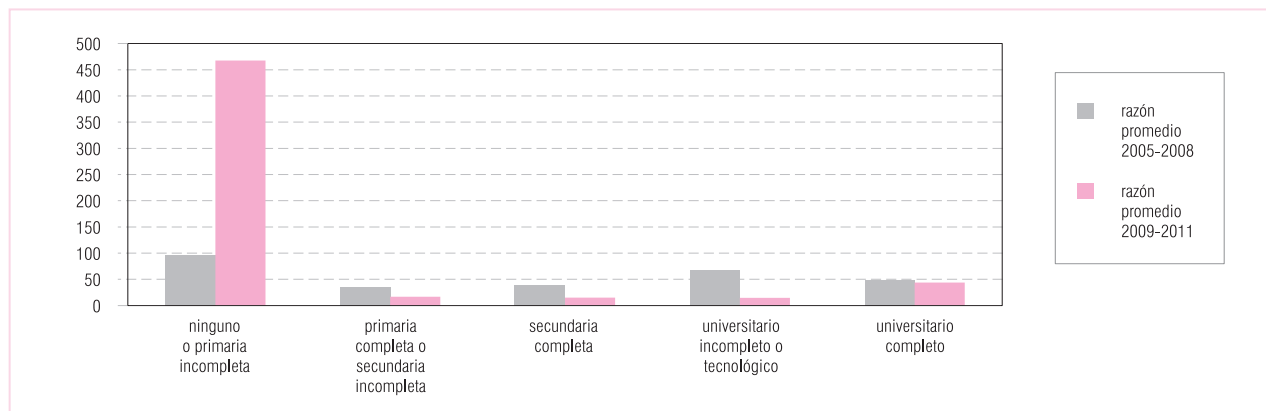
Las madres con educación superior al bachillerato no presentan razones de mortalidad muy distantes a las bachilleres y las madres con nivel educativo inferior al bachillerato, pero con estudios primarios completos o bachillerato incompleto, tampoco se alejan de las madres bachilleres, y reducen su razón de mortalidad en similar proporción.

Sin embargo, el grupo con menor educación (ninguna o primaria incompleta), muestra razones de mortalidad mucho más altas, con gran variación (incluso alcanza a razones superiores a 700 en el año 2009) y con tendencia creciente en el periodo estudiado, lo que demuestra que el fenómeno está relacionado con la posición social, en este caso con su variable proxi nivel educativo.

El riesgo de mortalidad materna se multiplica varias veces entre las madres con muy bajo nivel educativo, es decir en condición muy inferior al promedio educativo logrado, lo que señala un grado de exclusión o marginación, de seguro 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 muestra un incremento preocupante entre 2008 y 2010 (Gráfico 4). Estos años coinciden con un crecimiento de la natalidad en la ciudad.

**Gráfico 4. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos Bogotá, promedios 2005 - 2008 y 2009 - 2011, según nivel educativo de la madre**



Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

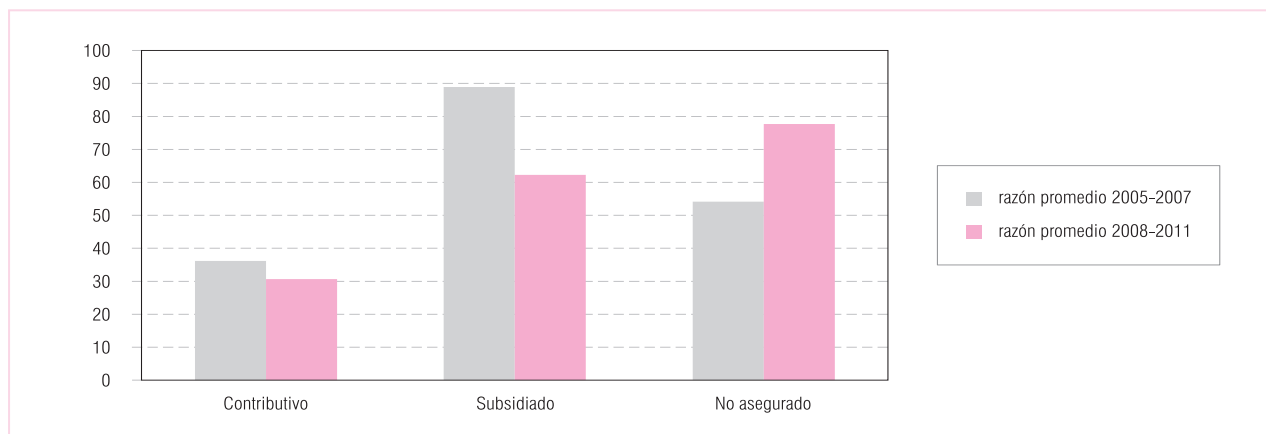


Otra variable muy importante, tanto en términos de posición social, como en términos de nuestro sistema de salud, es la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. En términos de posición social, porque precisamente la condición de pertenecer a los grupos más pobres es la llave de entrada al Régimen Subsidiado. En términos del sistema de salud, por cuanto de este tipo de afiliación puede depender la calidad de los servicios, y de esta calidad depende en gran parte la mortalidad materna.

El porcentaje mayor de madres en el periodo corresponde al Régimen Contributivo, con un promedio del 65%, creciendo desde un promedio de 56% en 2005 hasta un promedio de 64% en el 2011.

El grupo de madres no aseguradas constituye en promedio un 15% de las madres con hijo nacido vivo en el periodo, con tendencia al descenso porcentual (del 16% en 2005 al 10% en 2011). Sin embargo su razón de mortalidad materna x 100.000 nacidos vivos presenta un importante aumento, de un promedio del 54,1% entre 2005 y 2007 a un promedio del 77,7% en el periodo 2008 - 2011, constituyéndose en los últimos años en el grupo de mayor riesgo de mortalidad materna, al haber superado las cifras de las madres del Régimen Subsidiado, que mostraban una razón de 97 entre 2000 y 2004, muy superior a la de 76 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos de las no afiliadas. (gráfico 5)

**Gráfico 5. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, Bogotá, promedios 2005 - 2007 y 2008 - 2011, según régimen de seguridad social en salud**

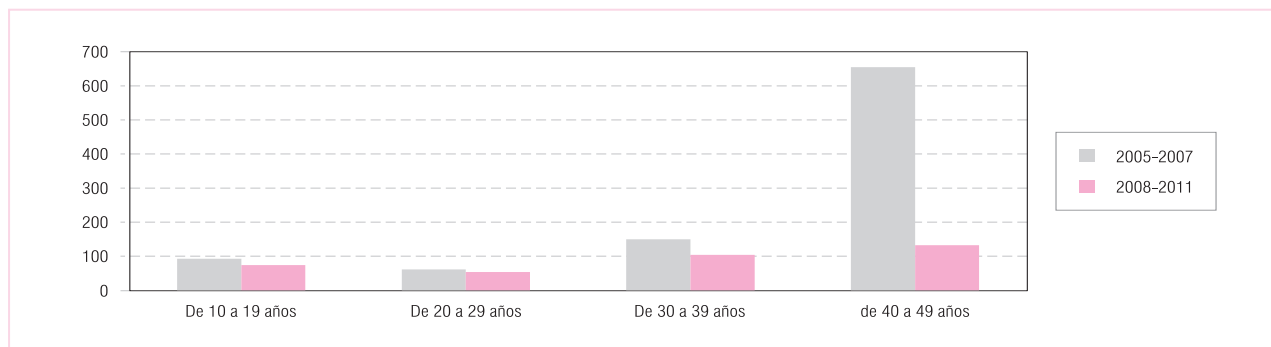


Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

Al analizar la mortalidad materna por grupos de edad en el periodo 2005-2011 se encuentra que las razones más bajas corresponden a las madres de 15 a 29 años, como es de esperar; los valores empiezan a crecer a partir de los 30 años y el riesgo de muerte crece

geoméricamente a partir de los 35 años. También las madres menores de 15 años, al otro extremo, presentan una razón de mortalidad algo superior al promedio (gráfico 6).

**Gráfico 6. Razón de mortalidad materna por grupos de edad decenales comparación promedios por 100.000 nacidos vivos 2005-2007 y 2008-2011**



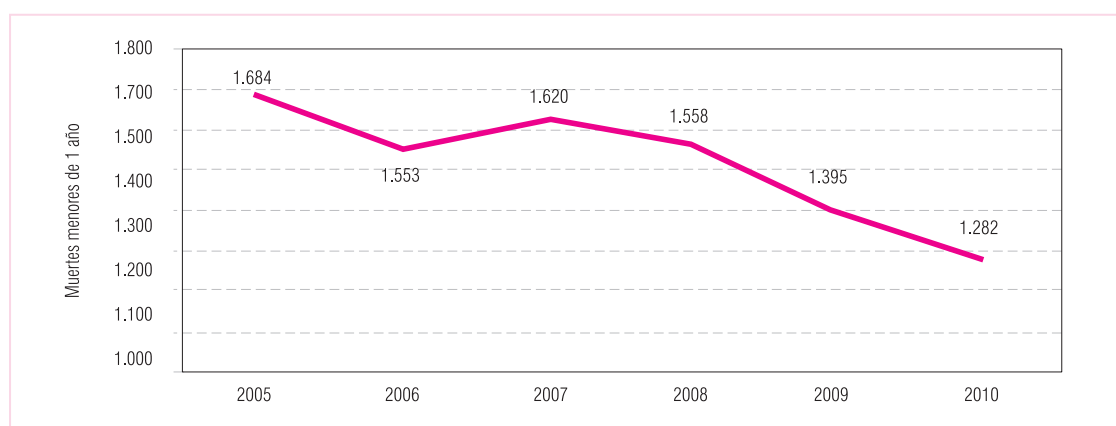
Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

La tendencia de la mortalidad materna es a la disminución para todos los grupos, si se compara el promedio 2005-2007 con el promedio de las razones de 2008 a 2011. La reducción de la razón de la mortalidad, sin embargo, es mucho más notoria en las madres mayores de 40 años (gráfico 6).

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

El número de casos de muertes de menores de un año disminuye en la ciudad, desde 1.684 casos en 2005 hasta 1.282 casos en 2011, es decir una reducción importante, que equivale al 24% en este periodo (Gráfico 7).

**Gráfico 7. Total muertes anuales menores de un año Bogotá 2005 - 2010**

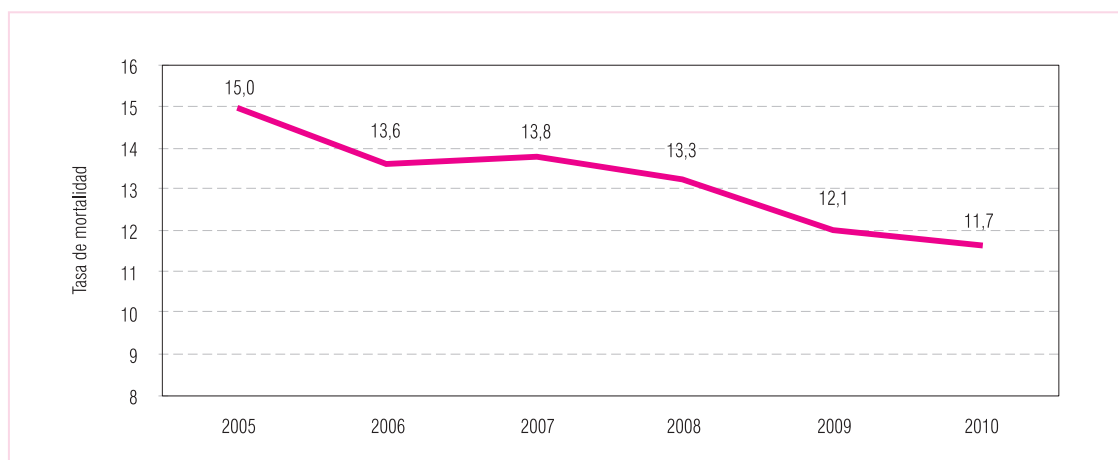


Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

La tasa de mortalidad X 1000 nacidos vivos se reduce en consecuencia del 15 por mil al 11,7 por mil entre 2005 y 2010 (Gráfico 8)

La meta trazada por el Plan de Desarrollo del Distrito 2008-2012 de 11,7 muertes x 1000 nacidos vivos, para el año 2009, fue alcanzada en 2010 (Tabla 2).

**Gráfico 8. Tasa de mortalidad menores de un año X 1000 nacidos vivos, Bogotá 2005 - 2010**



Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

**Tabla 2. Metas de mortalidad infantil en el plan distrital de desarrollo 2008-2012**

METAS (Razón)	2008	2009	2010	2011	2012
	12,3	11,7	11,1	10,5	9,9

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, 2009.

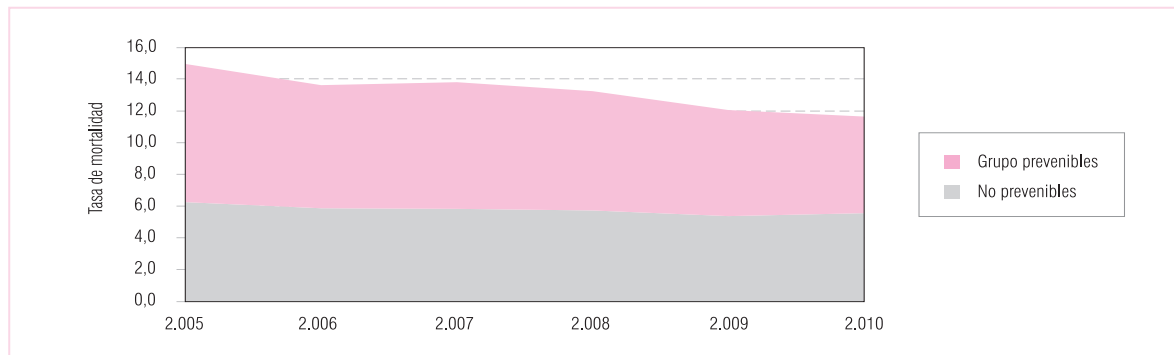
Clasificada la mortalidad de menores de un año por grupos de causas, el grupo considerado no prevenibles ocupa cerca del 40% de las muertes y dentro de las evitables las perinatales son responsables de más del 80% de las muertes (Tabla 3).

La tasa de mortalidad del grupo de prevenibles muestra una reducción desde el 8,72 x 1000 nacidos vivos

en 2005 hasta un 6,10 x 1000 nacidos vivos en 2010, es decir de un 30% en el periodo estudiado, mientras que la tasa de mortalidad x 1000 nacidos vivos del grupo de no prevenibles disminuye en menor grado, desde el 6,25 en 2005 a un 5,55 en 2010, es decir un 11% (Gráfico 9).



**Gráfico 9. Tasa de mortalidad menores de un año por 1000 nacidos vivos, grupo prevenibles y no prevenibles. Bogotá 2005-2010**



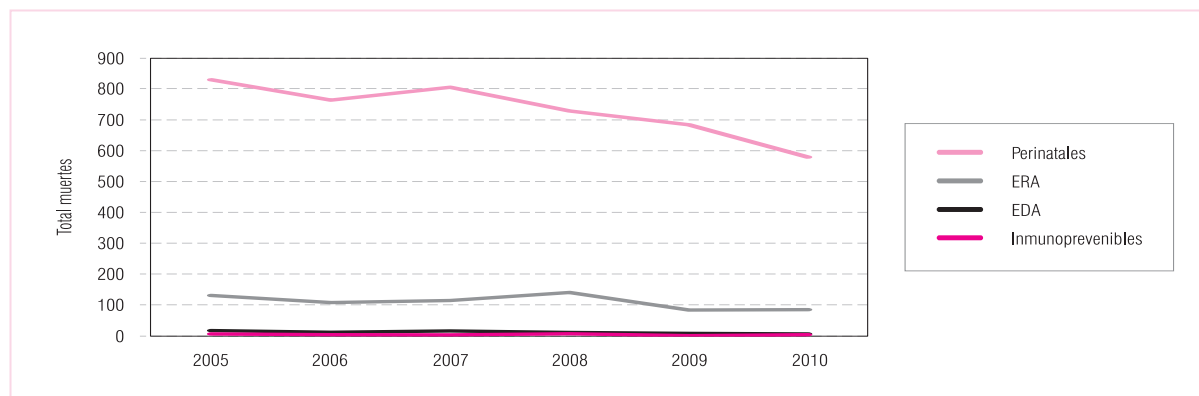
Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

Dentro del grupo de prevenibles, la mortalidad perinatal se reduce de 830 casos en 2005 a 579 en 2010 en Bogotá, es decir, un 30%. Sin embargo, la mayoría de muertes perinatales en Bogotá se asocia a malformaciones congénitas, que no son en teoría prevenibles y sólo se reducen un 1,5% en el periodo analizado, por lo que la reducción observada corresponde fundamen-

talmente a las causas verdaderamente prevenibles entre las perinatales.

Sigue en importancia la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), que disminuye en el periodo analizado aún más que las perinatales, de 130 casos en 2005 a 84 en 2010, es decir un 35% (Gráfico 10)

**Gráfico 10. Muertes menores de un año, por causas del grupo prevenibles, Bogotá 2005 - 2010**



Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS



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 11, en el que se excluyen las perinatales.

**Gráfico 11. Total muertes de menores de un año por IRA, EDAD e inmunoprevenibles, Bogotá, 2005 2010**



Fuente: certificado individual de defunción. - Bases SDS

El número de muertes de menores de un año por estas causas se reduce dramáticamente, desde 370 casos en 1998 hasta 92 en 2010, es decir una disminución del 75% o lo que es lo mismo en 2010 solo se presentaron un 25% de las muertes de menores de un año que se presentaron en 1998. La tasa de mortalidad por este grupo de causas prevenibles se reduce en consecuencia de 2,72 x 1000 nacidos vivos en 1998 a 0,84 x 1000 nacidos vivos en 2010.

### **Análisis de desigualdades en mortalidad por ERA, EDA e inmunoprevenibles**

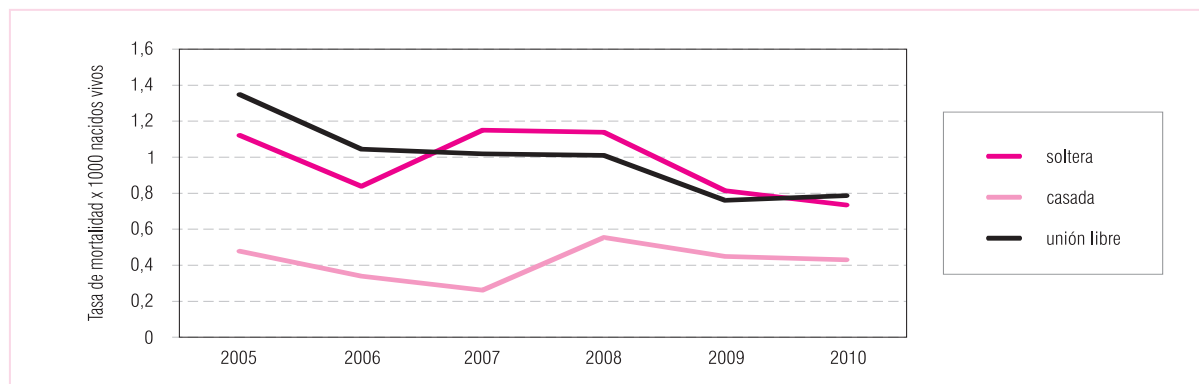
El instrumento de los certificados de defunción que constituye el registro de mortalidad, que da lugar a la base analizada, permite observar las diferencias de las tasas de mortalidad de los menores de un año entre algunas condiciones sociales, que constituyen ventaja o

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, ERA, EDA e inmunoprevenibles, se muestra sustancialmente menor (0,4 x 1000 nacidos vivos en 2010), 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, que en conjunto muestran una tasa cercana al doble (0,8 x 1000 nacidos vivos).

La mayor reducción de mortalidad en el periodo analizado corresponde a los menores de un año con madres en unión libre, desde una tasa de 1,35 x 1000 nacidos vivos en 2005 a 0,79 x 1000 en 2010, disminución del 42% en términos porcentuales (Gráfico 12).

**Gráfico 12. Tasa de mortalidad menores de un año, por IRA, EDA e inmunoprevenibles, según estado civil de la madre, Bogotá, 2005 - 2010**

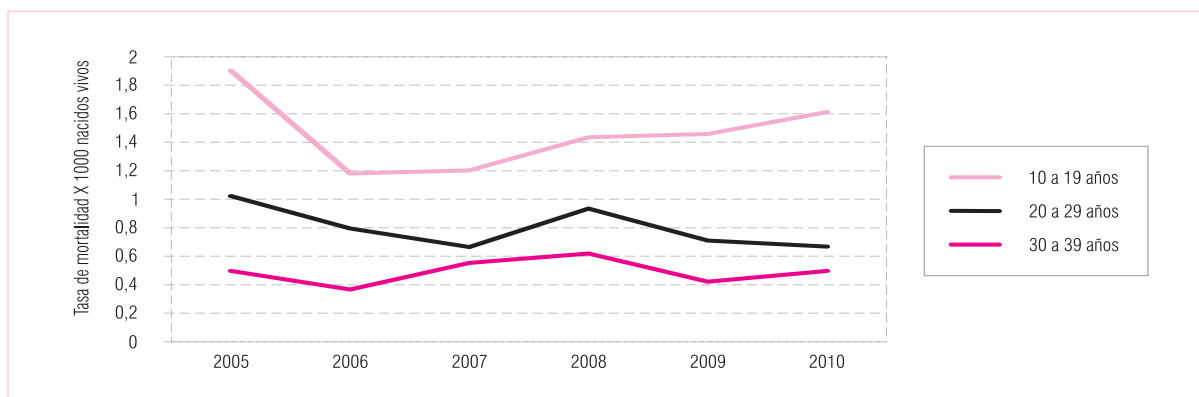


Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

La segunda desigualdad observable se relaciona con la edad de la madre, pues la mortalidad agrupada por las causas del grupo analizado, fundamentalmente evitable, es siempre mayor en el grupo con las madres más jóvenes. La tasa del grupo con madres de de 10 a 19 años alcanza 1.2 x 1000 nacidos en el año

2010, mientras el grupo con madres de 30 a 39 años presenta la mitad de esta tasa (0,6 x 1000 muertes por estas causas x 1000 nacidos vivos). El grupo de 20 a 29 años presenta una tasa intermedia, pero es el grupo en el que la tasa se reduce más entre 2005 y 2010 (39%) (Gráfico 13).

**Gráfico 13. Tasa de mortalidad menores de un año por IRA, EDA e inmunoprevenibles, según grupos decenales de edad de la madre, Bogotá, 2005 - 2010**



Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS



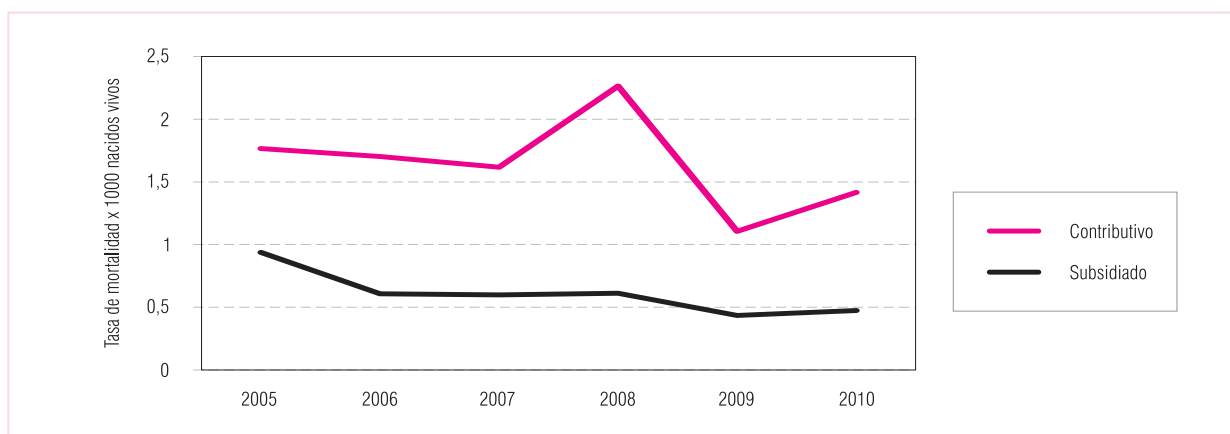
El régimen de seguridad social permite acercarse a la posición social de la madre y la familia del menor de un año, ya que por definición para pertenecer al Régimen Subsidiado se requiere que la familia sea clasificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios del Estado (SISBEN) y además ninguno de los padres tenga un trabajo formal, con seguridad social, que ubicaría al niño y a su progenitora automáticamente en el Régimen Contributivo.

Para el año 2005, la tasa de mortalidad de menores de un año por las causas evitables agrupadas en el aná-

lisis era casi el doble en las familias del Régimen Subsidiado que en las familias del Régimen Contributivo (1,95 x 1000 contra 1,05 x 1000 nacidos vivos).

Para el año 2010 ambas tasas disminuyen. Sin embargo, la diferencia acaba siendo mayor, 1,55 x 1000 en el Régimen Subsidiado contra 0,5 x 1000 nacidos vivos en el Régimen Contributivo, pues este último redujo a la mitad su tasa de mortalidad, mientras el Régimen Subsidiado la redujo tan sólo cerca de un 20% (Gráfico 14).

**Gráfico 14. Tasa de mortalidad menores de un año, por IRA, EDA e inmunoprevenibles, según régimen de seguridad social, Bogotá, 2005 - 2010**



Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

### Diferencias por localidades y análisis de inequidad

Las tasas de mortalidad de los menores de 1 año x 1000 nacidos vivos por las causas evitables estudiadas muestran grandes diferencias entre las localidades en que está dividido el Distrito Capital, al mismo tiempo que las tasas de las localidades varían notoriamente a lo largo de los años, como se puede observar al com-

parar las tasas promedio para el periodo 2005 – 2007 con la tasas promedio para el periodo 2008 -2010.

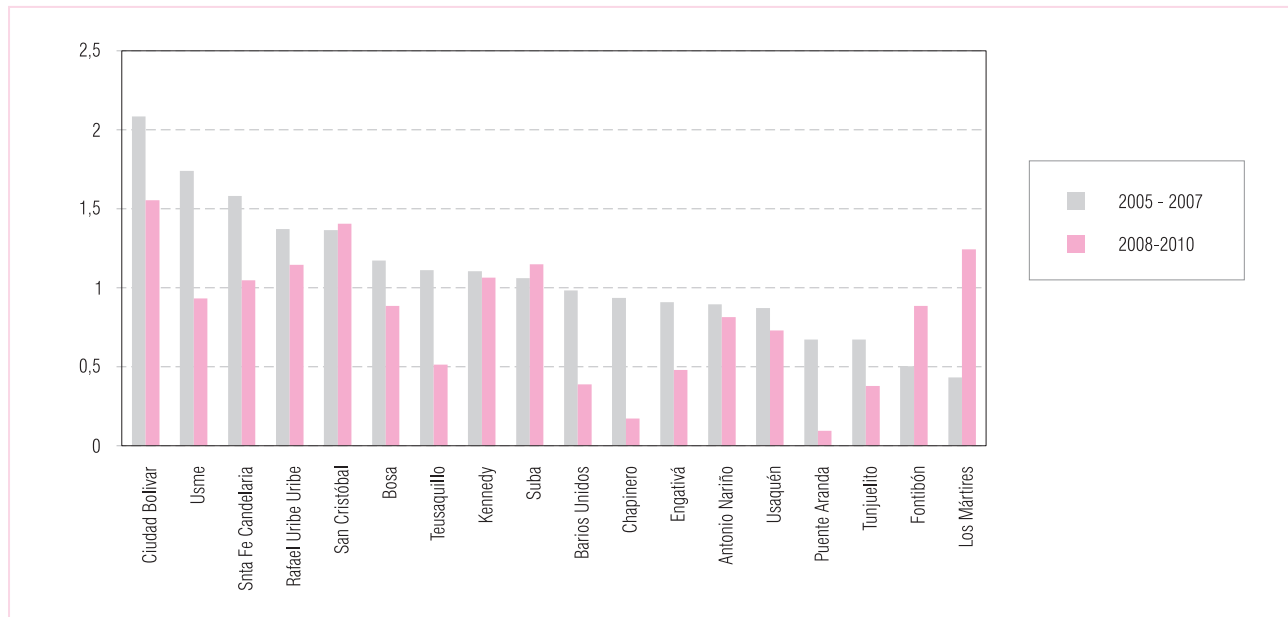
Para los años 2005-2007, las localidades del sur de la ciudad, como Ciudad Bolívar y Usme, seguidas por localidades como San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Bosa, muestran las mayores tasas de mortalidad de menores de un año x 1000 nacidos vivos por las tres causas evitables estudiadas, junto con Santafé – Can-

delaria, localidades del centro unidas en este análisis por su menor tamaño e integración geográfica.

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 por cuanto su mínima población arrojaría una gran variabilidad de las tasas entre uno y otro periodo.

Para el periodo 2008 – 2010, ascienden a los puestos con las mayores tasas de mortalidad grandes localidades del occidente y norte de Bogotá, como Kennedy y Suba, mientras se moderan los resultados de las localidades del sur, aunque Ciudad Bolívar sigue destacándose en el primer lugar (Gráfico 15).

**Gráfico 15. Tasa de mortalidad menores de un año, por IRA, EDA e inmunoprevenibles por localidad comparación promedios 2005-2007 y 2008-2010 ordenada 2008-2010**



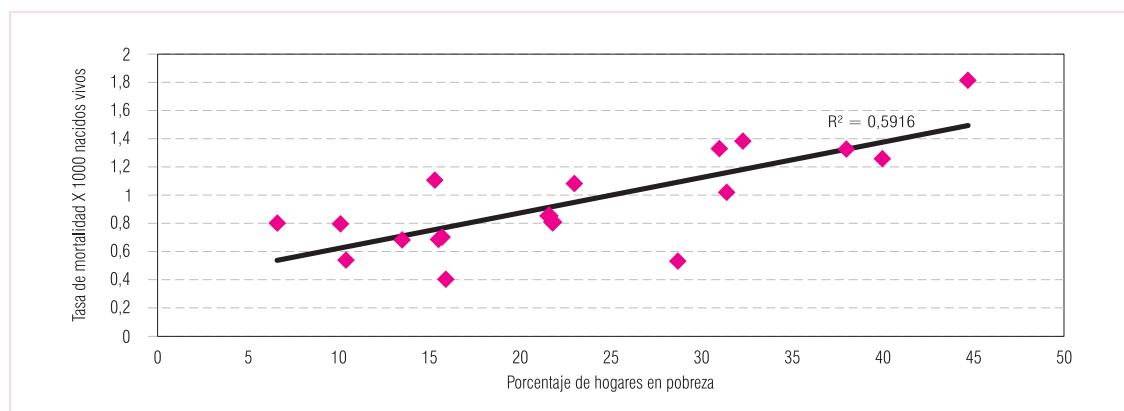
Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS

Para el análisis de inequidad se relacionan los porcentajes de pobreza e indigencia de las localidades del Distrito, según la Encuesta de Calidad de Vida para Bogotá 2007 con las tasas de mortalidad x 1000 nacidos vivos agrupadas por las causas evitables estudiadas, IRA,

EDA e inmunoprevenibles. 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 16).



**Gráfico 16. Relación tasa de mortalidad menores de un año por IRA, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de población en pobreza en cada localidad (ENCV 2007)**

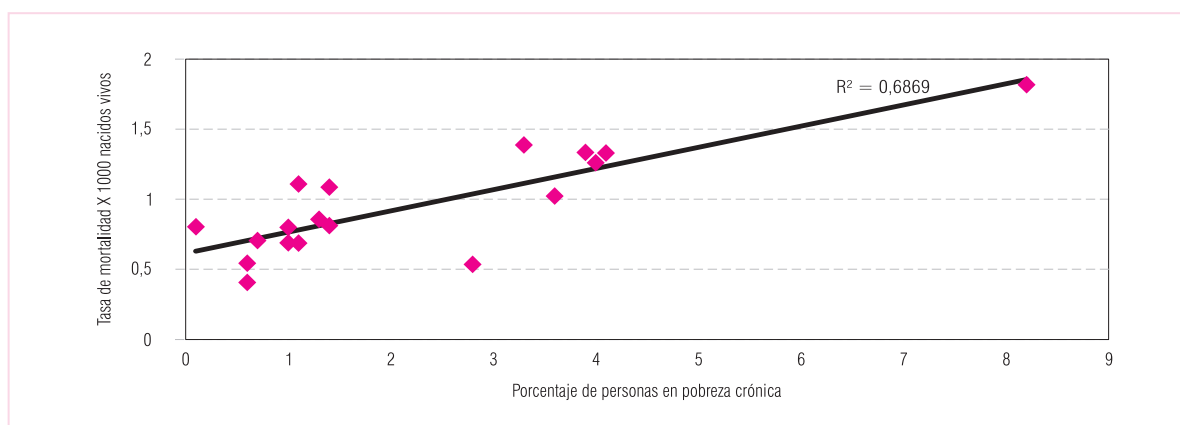


Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS. ECV, 2007.

Finalmente se toma la caracterización de la pobreza, basada en la misma ENCV de 2007 para el Distrito, en cada localidad para el análisis de correlación con la tasa de mortalidad por las causas evitables analizadas.

El resultado muestra que la mortalidad de menores de un año por las causas evitables estudiadas muestra una mayor correlación con la pobreza crónica ( $R^2 = 0,687$ ) que con la pobreza reciente ( $R^2 = 0,522$ ) (Gráfico 17).

**Gráfico 17. Relación tasa de mortalidad menores de un año por IRA, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de personas en pobreza crónica en cada localidad (ENCV 2007)**

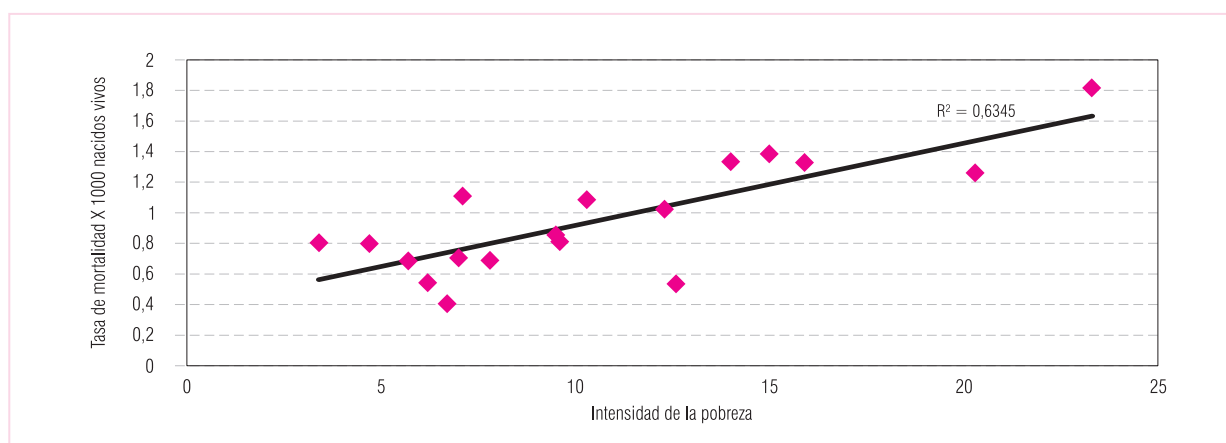


Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS. ECV, 2007.

Igualmente permite observar una mayor correlación de la mortalidad estudiada con la intensidad de la pobreza

( $R^2 = 0,634$ ) (Gráfico 18) que con la severidad de la misma ( $R^2 = 0,603$ ) (Gráfico 18).

**Gráfico 18. Relación tasa de mortalidad menores de un año por IRA, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje e intensidad de la pobreza en cada localidad (ENCV 2007)**



Fuente: certificado individual de defunción.- Bases SDS. ECV, 2007.

## Conclusiones

Si bien el Distrito Capital 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, 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 o 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 (Eje 1 del Plan, Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, denominado “Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”, contribuya a hacer más conciencia de las inequidades y sus determinantes sociales, para orientar mejor la acción colectiva y estatal hacia su superación. En todo caso, la situación merece más atención por parte de los sectores relacionados con tales determinantes y no sólo del sector salud.



## Referencias

Breilh J. (2003) Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

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.

Facultad Nacional de Salud Pública (2010) 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.

Fresneda O, Martínez F. (2007) Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004). En: Restrepo D (Ed.) Equidad y Salud. Debates para la Acción. Colección la Seguridad Social en la Encrucijada. Tomo 4. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia: pp.

Hernández-Álvarez M. (2008) El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Revista de Salud Pública, 10 (Supl. 1): 72-82.

Martínez F. (2007) Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. En: Restrepo D. (Ed.) Equidad y Salud. Debates para la Acción. Colección la Seguridad Social en la Encrucijada. Tomo 4. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia: pp.

OPS 1998. La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director. Washington. 1998.

Restrepo D. (2011) Introducción: un nuevo esfuerzo de medición de la inequidad en calidad de vida en salud. En: Fresneda O. (Ed.) Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá. Avances y Reflexiones. Colección la Seguridad Social en la Encrucijada. Tomo 6. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia: pp.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública (2009) Análisis de la Situación de Salud (ASIS), Bogotá, 2009. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.