



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
Secretaría  
Salud

Héctor Zambrano Rodríguez  
SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD

Jairo Villamil Hernández  
DIRECTOR DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS  
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Grupo de Investigaciones  
y Cooperación  
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ  
Facultad de Ciencias Económicas

Alvaro Zerda Sarmiento  
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS  
ECONÓMICAS  
UNIVERSIDAD NACIONAL

Dario Germán Umaña M.  
DIRECTOR CID UNIVERSIDAD NACIONAL

Dario Indalecio Restrepo B.  
DIRECTOR OBSERVATORIO

**CID** Centro de  
Investigaciones  
para el Desarrollo

## Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá

Oscar Fresneda Bautista

Miembro del Grupo de Protección Social - CID

### Introducción

Esta entrega del Boletín del Observatorio está dirigida a ilustrar las dimensiones que abarca y la magnitud que presentan las inequidades en salud en Bogotá. A través de la presentación de algunos indicadores sobre años recientes muestra cómo estas inequidades tienen lugar persistentemente en múltiples situaciones del ciclo de vida de las personas, desde su período de gestación hasta su muerte. Las sistemáticas desigualdades existentes entre grupos con diferentes condiciones socio-económicas, en torno a situaciones que expresan el estado de salud o que lo condicionan, evidencia una dinámica que lleva a reproducir la inequidad en una lógica de acumulación de condiciones adversas entre los menos favorecidos. Estas desigualdades son expresiones de una forma de injusticia social que hace parte de nuestra realidad cotidiana y que, con frecuencia, se percibe como normal e inevitable.

### Indicadores seleccionados

Los temas que se toman en cuenta en el Boletín cubren los campos de las oportunidades de vida saludable, de las posibilidades de acceso a los servicios y de los resultados en la enfermedad, discapacidad, enfermedad crónica y en las probabilidades de vida (tasas de mortalidad).

Los indicadores presentados se encuentran reseñados en la Tabla 1, donde son definidos y se incluyen las fuentes de información utilizadas para su elaboración. La selección de los indicadores se llevó a cabo teniendo en cuenta su relevancia para dar cuenta de las inequidades y la disponibilidad de información en las fuentes existentes.

- En la Tabla 2 se clasifican los indicadores de acuerdo con dos criterios: por grupo de población en el ciclo vital y por la ubicación dentro de las dimensiones de la inequidad tomadas en cuenta en el Observatorio: oportunidades básicas de salud, acceso a servicios, resultados en salud (morbilidad, discapacidad y mortalidad).

### Inequidades en las oportunidades básicas

Las desigualdades en las oportunidades básicas de salud son las que tienen una mayor importancia, en tanto marcan las posibilidades vitales de las personas. Las inequidades en esas oportunidades están referidas a las etapas de gestación y primeros años de vida. Los indicadores presentados que las ponen de presente (bajo peso al nacer -BPN- y desnutrición crónica) expresan condicionantes fundamentales de las oportunidades vitales de las personas.

El BPN está asociado con factores socioeconómicos como los bajos ingresos, la falta de educación, las actividades y trabajos realizados, que afectan las posibilidades de tener una buena nutrición y salud para las madres y recibir atención médica (Unicef, 2004). El BPN aumenta las probabilidades de muerte y enfermedad de los niños y limita sus capacidades de desarrollo futuro. Se ha establecido que la mortalidad infantil de los recién nacidos con bajo peso es 20 veces mayor que la de los nacidos con un peso normal. Los niños que nacen en esa situación son más propensos a enfermedades respiratorias, cardiológicas y gastrointestinales, a tener lesiones

- cerebrales y un más lento crecimiento y desarrollo cognoscitivo (Unicef, 2004).

- La desnutrición en las primeras etapas de la vida está asociada, por su parte, con las carencias en el desarrollo físico e intelectual del niño, que se prologan a pesar de la escolarización y que dificultan su capacidad de aprendizaje. Los órganos y tejidos, la sangre, el cerebro y los huesos del niño -así como su potencial intelectual y físico- se forman durante el período comprendido entre la concepción y el tercer año de vida. Debido a que en los primeros 18 meses de vida el desarrollo se produce de forma especialmente rápida, la situación en materia de nutrición de las mujeres que están embarazadas y que amamantan a sus hijos, y de los niños de corta edad, adquiere una importancia decisiva con respecto al desarrollo físico, mental y social del niño en el futuro. No resulta exagerado afirmar que la evolución de la sociedad depende de la nutrición de las madres y los niños durante ese período fundamental de sus vidas (Unicef, 1998).

La desnutrición generalmente es el resultado combinado de una ingesta alimentaria inadecuada y una infección. En los niños, la desnutrición es sinónimo de deficiencias

en el crecimiento, ya que los niños desnutridos tienen una estatura y un peso menores de lo que deberían tener atendiendo a su edad (Unicef, 1998).

### Inequidades en el acceso a servicios de salud

El acceso a los servicios de salud es un elemento básico para la preservación de las oportunidades de salud y el tratamiento de la enfermedad. Las desventajas, desde antes de nacer, en el acceso a estos servicios se manifiestan en la atención prenatal. Forman parte de una cadena de mecanismos discriminatorios que tienen lugar a lo largo de las etapas de la vida para mantener la

inequidad. Un elemento también destacado del acceso a los servicios de salud es referente a la atención a niños con discapacidad. Otras expresiones son las relativas a la atención médica a personas con enfermedad o accidente en los últimos 30 días, en las distintas fases del ciclo de vida, y enfermos crónicos en la edad adulta, cuya magnitud se ilustra en este Boletín.

### Inequidades en los resultados de salud: enfermedad y discapacidad

La inequidades en las oportunidades y el acceso a servicios conducen a inequidades en los resultados de salud (morbilidad, discapacidad y mortalidad). Sobre esta dimensión se seleccionaron indicadores referidos a enfermedad respiratoria aguda (IRA) e infección gastrointestinal que siguen teniendo un peso fundamental en la morbilidad de niños menores de 5 años en Bogotá: La prevalencia diferencial que presentan estas enfermedades se encuentra asociada con factores ambientales y sanitarios de las familias de los niños que, a su vez, guardan relación con sus niveles socioeconómicos. Una alta proporción de las muertes de los niños menores de 5 años en América Latina se

debe a las enfermedades respiratorias e infecciones gastrointestinales. En Bogotá las muertes por IRA (infección respiratoria aguda) constituyen el 79% de las muertes evitables dentro de los niños menores de 5 años y las muertes por enfermedad diarreica aguda (EDA) el 19% (Fresneda y Martínez, 2007).

En la edad adulta la enfermedad crónica ocupa un puesto destacado y su prevalencia diferencial manifiesta igualmente la inequidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) el 60% de todas las defunciones se deben a enfermedades crónicas, y el 80% de las muertes por esas enfermedades se producen en los países



de ingresos bajos y medios. Estas enfermedades tienen graves efectos negativos en la calidad de vida de los individuos afectados; es causa de muertes prematuras; tiene efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Las enfermedades crónicas graves tienen por causa, de acuerdo con esa misma organización, factores de riesgo comunes y modificables. Esos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de

enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan: una alimentación poco sana; la inactividad física y el consumo de tabaco. Existe una mayor probabilidad de tener estas enfermedades entre los sectores pobres de países como Colombia (OMS, 2005).

En cuanto a la discapacidad el indicador aproximado seleccionado es la proporción de hogares que declararon tener personas con dificultades físicas y sensoriales.

### Inequidades en los resultados de salud: tasas de mortalidad

Según Amartya Sen la información sobre mortalidad ocupa un lugar destacado en relación con el análisis de la equidad en salud y para evaluar los desempeños sociales. Las desigualdades existentes en las posibilidades de vida son expresiones de desigualdades en la distribución del ingreso y las oportunidades de las personas e involucran temas de política como los "problemas del servicio de salud de salud pública, instalaciones educativas, peligros de la vida urbana y otros parámetros económicos y sociales que influyan sobre las posibilidades de sobrevivir". El lugar destacado de la información sobre mortalidad que le asigna este autor y el significado especial que tiene "descansa en una combinación de consideraciones que incluyen: (a) la

importancia intrínseca que le damos y tenemos razón para darle a la vida, (b) el hecho que muchas otras capacidades que valoramos son contingentes al hecho de estar vivos, y (c) finalmente, que los datos sobre mortalidad específica por edad pueden, hasta cierto punto, servir como representación de logros y fracasos asociados que quizás consideremos importantes." (Sen, 2007)

Para ilustrar las desigualdades en este terreno se recurre a las tasas de mortalidad evitable materna y de menores de un año, y a las tasas estimadas de mortalidad por grupos de edad, tanto generales como para algunas causas específicas de mortalidad<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Para la agregación de la causa básica de muerte se utilizó el primer nivel de agrupación de la lista OPS 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad (CIE-10), desagregando la Diabetes Mellitus y las Enfermedades hipertensivas.

Tabla 1. Definición de indicadores, variables de posición social utilizadas y fuentes de información

Dimensiones de la inequidad e indicador	VARIABLES DE POSICIÓN SOCIAL	Fuente	Definición del indicador
<b>Desigualdades en las oportunidades básicas de salud</b>			
Prevalencia de bajo peso al nacer	Nivel educativo de la madre.	Certificados de nacidos vivos, 1998-2006 (DANE).	Razón entre el número de nacidos vivos con menos de menos que 2500 grms y el total de nacidos vivos, para el período considerado, multiplicada por 100.
Prevalencia de desnutrición crónica de niños menores de 5 años,	Índice de riqueza, calculado en la Encuesta y estrato socio-económico para pago de servicios públicos domiciliarios.	Encuestas Nacional de Demografía y Salud, 2005 (Profamilia) y de Situación Nutricional en Colombia - ENSIN, 2005, ICBF	La desnutrición crónica, o retraso en el crecimiento lineal, se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo. Las variables para identificar los niños con desnutrición están en el archivo de la encuesta de Demografía y Salud, 2005 (Profamilia). La prevalencia de desnutrición es el porcentaje de niños desnutridos en relación con el total de niños en el grupo de edad y condición socioeconómica respectivas..
<b>Desigualdades en el acceso a los servicios de salud</b>			
Porcentaje de mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos con menos de cuatro controles prenatales	Nivel educativo de la madre.	Certificados de nacidos vivos, 1998-2006 (DANE).	Razón entre el número de nacidos vivos con menos de 4 controles prenatales y el total de nacidos vivos, para el grupo y período considerado, multiplicada por 100.
Porcentaje de niños discapacitados sin atención a través de servicios especializados: porcentaje de niños menores de 5 años con discapacidad en aspectos cognitivos y neurológicos que no reciben servicios de rehabilitación, entre estratos y localidades .	Estrato socio-económico para pago de servicios públicos domiciliarios.	Encuesta de Discapacidad.	Se considera que los menores de 5 años con discapacidad cognitiva y neurológica son: 1. Quienes contesten 1 a la pregunta 27 (Por su condición de salud, presentan alteraciones permanentes en el sistema nervioso); y 2. Quienes en la pregunta 30, relativa a sus actividades diarias, respondan que presentan dificultades permanentes para: i). Pensar, memorizar, ii) Hablar y comunicarse o iii) Relacionarse con las demás personas y el entorno. Son clasificados como asistentes a los servicio de rehabilitación quienes contesten "Sí" a la pregunta 60: ¿Actualmente está asistiendo a servicio de rehabilitación?. Cabe anotar que hay personas que no asisten porque ya terminaron su rehabilitación o porque creen que no la necesitan. El porcentaje de niños discapacitados se obtiene en relación con los menores de 5 años discapacitados.
Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad.	Estrato socio-económico para pago de servicios públicos domiciliarios.	Encuesta de Calidad de Vida, 2003 (DANE).	Porcentaje de población que declaró enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que no fue atendida por profesionales de la salud.
<b>Desigualdades en los resultados de salud: mortalidad</b>			
Prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) de los menores de 5 años	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios	Encuesta de Demografía y Salud, EDS, 2005.	Porcentaje de niños con dificultad respiratoria y fiebre en relación con el total de niños en el grupo de edad.

**Tabla 1. Definición de indicadores, variables de posición social utilizadas y fuentes de información**

Dimensiones de la inequidad e indicador	Variables de posición social	Fuente	Definición del indicador
<b>Desigualdades en los resultados de salud: mortalidad</b>			
Prevalencia de infección gastrointestinal de los menores de 5 años	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios	Encuesta de Demografía y Salud, EDS, 2005.	Porcentaje de niños con diarrea y fiebre en relación con el total de niños en el grupo de edad.
Porcentaje de población con enfermedad crónica	Quintiles de ingreso de los hogares.	Encuesta de Calidad de Vida, 2003 (DANE).	Porcentaje de personas que declararon tener enfermedad crónica en relación con el total de personas en el respectivo grupo de edad.
Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales.	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios	Encuesta de Calidad de Vida, 2003 (DANE).	Porcentaje de hogares que declararon tener personas con dificultades físicas y sensoriales en relación con el total de hogares del grupo respectivo.
<b>Desigualdades en los resultados de salud: morbilidad y discapacidad</b>			
Tasa de mortalidad evitable de menores de 1 año.	Nivel educativo de la madre.	Certificados de nacidos vivos y defunciones, 1998-2006 (DANE).	Razón entre defunciones por causa evitable y el total de niños nacidos vivos en el período, por nivel educativo de la madre, multiplicada por 1.000. Se consideran muertes evitable las que tienen por causa enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA) o enfermedades inmuno prevenibles
Tasa estimada de mortalidad total	Nivel educativo.	Certificados de defunciones, DANE, Secretaría Distrital de Salud (SDS), 2005 (provisionales). Censo 2005. Proyecciones de población.	Razón entre las defunciones registradas en el año, sobre la población del grupo de edad respectivo, multiplicada por 100.000. El número de defunciones registrado se ajusta distribuyendo proporcionalmente a las respuestas válidas, las respuestas omitidas en los niveles educativos. El denominador se obtiene de la población conciliada calculada por el Dane para 2005, aplicando la estructura etárea del censo de población del mismo año.
Tasa estimada de mortalidad por agrupaciones de enfermedades.	Nivel educativo.	Certificados de defunciones, DANE, Secretaría Distrital de Salud (SDS), 2005 (provisionales). Censo 2005. Proyecciones de población.	Razón entre las defunciones registradas en el año, sobre la población del grupo de edad respectivo, multiplicada por 100.000. Se diferencian las muertes producidas (causa básica) por causa externa, enfermedades transmisibles, diabetes mellitus y enfermedades hipertensivas. El número de defunciones registrado se ajusta distribuyendo proporcionalmente a las respuestas válidas, las respuestas omitidas en los niveles educativos. El denominador se obtiene de la población conciliada calculada por el Dane para 2005, aplicando la estructura etárea del censo de población del mismo año.
Tasa de mortalidad materna.	Nivel educativo.	Certificados de nacidos vivos y defunciones, 1998-2006 (DANE).	Razón entre defunciones maternas por causa evitable y el total de niños nacidos vivos en el período, por nivel educativo de la madre, multiplicada por 100.000. Se consideran muertes evitable las que tienen por causa básica los especificados por la Organización Mundial de la Salud.

**Tabla 2. Ubicación de los indicadores de inequidad en salud en el ciclo de vida y las dimensiones de las inequidades**

Dimensiones de las Inequidades	Gestación	Infancia	Juventud	Edad adulta	Tercera edad
Desigualdades en las oportunidades básicas de salud	Prevalencia de bajo peso al nacer.	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.			
Desigualdades en el acceso a los servicios de salud	Porcentaje de mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos con menos de cuatro controles prenatales.	Porcentaje de niños discapacitados sin atención a través de servicios especializados. Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad.	Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad.	"Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad. "Porcentaje de población con enfermedad crónica sin consulta médica periódica. "	Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad.
Desigualdades en los resultados de salud: morbilidad y discapacidad.		Prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) de los menores de 5 años. Prevalencia de infección gastrointestinal en niños menores de 5 años.		"Porcentaje de población con enfermedad crónica." "Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales."	
Desigualdades en los resultados de salud: mortalidad.		Tasa de mortalidad evitable de menores de 1 año.	Tasa estimada de mortalidad total, por causa externa y enfermedades transmisibles.	"Tasa estimada de mortalidad total, por causa externa y diabetes. Tasa de mortalidad materna."	Tasa estimada de mortalidad total, por enfermedades hipertensivas y diabetes.

### **Medidas de inequidad en salud:**

#### **Razón de tasa entre los indicadores de los grupos más favorecidos y menos favorecidos**

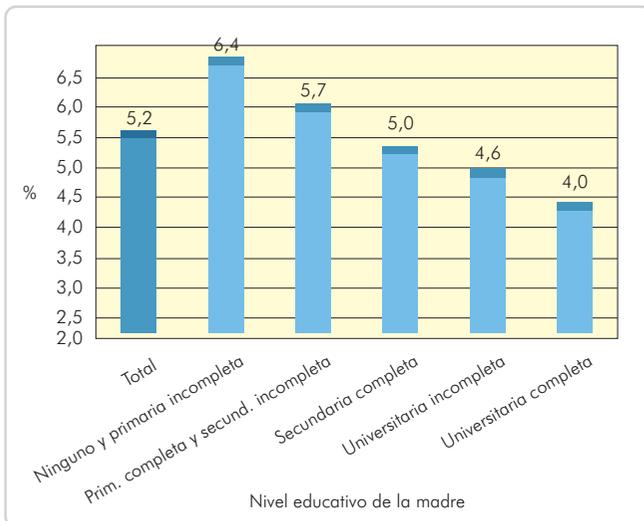
Los indicadores de desigualdad en salud son presentados en el Cuadro 1. Se utiliza como medida de desigualdad la razón de tasa, que muestra cuántas veces es peor la situación del grupo más desfavorecido respecto al grupo más favorecido. Si se considera que la equidad en salud es la ausencia de desigualdades sistemáticas en salud y

en sus determinantes entre grupos con diferente nivel de ventajas o desventajas sociales en cuanto a riqueza, poder o prestigio, la utilización de esta medida da una idea sobre el grado de inequidad existente (Evans, Whitehead, Diderichsen y Wirth, 2001; Braveman y Gruskin, 2003).



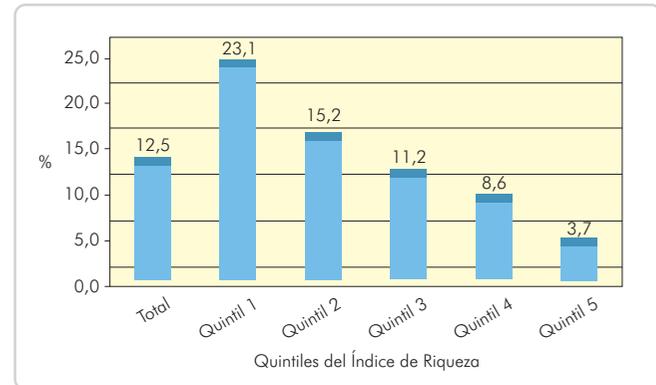
Una razón de tasa de 1,6, como la que se encuentra en Bogotá para el porcentaje de bajo peso al nacer, entre niños nacidos de madre sin ningún nivel educativo y con educación superior, señala que los primeros tienen esa situación en un 60% más de los casos que los segundos. Una de 6,2 como la que existe en la prevalencia de desnutrición crónica indica que los niños en hogares ubicados en el quintil inferior del índice de riqueza están desnutridos 520% más que los del quintil superior de ese índice. Y la razón de tasa de 11,3, observada en el indicador de nacidos vivos con menos de 4 controles prenatales a la madre, muestra que los nacidos de madre con educación superior tiene esas veces más el nivel recomendado del servicio (1030 % más veces; Gráficos 1 a 3).

**Gráfico 1. Prevalencia (%) de niños con bajo peso al nacer (BPN), por nivel educativo de la madre, 1998 - 2006, Bogotá**



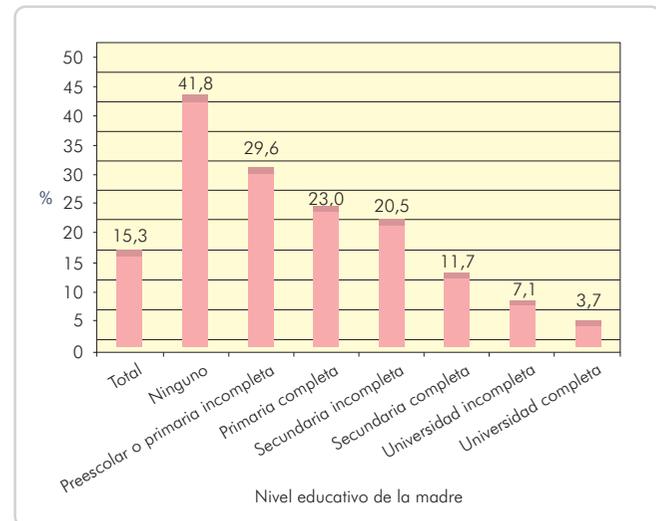
Fuente: Procesamiento del Observatorio de los archivos de los Registros de Nacimientos. SDS, DANE, 1998 - 2006

**Gráfico 2. Prevalencia de desnutrición crónica (talla para edad) de niños menores de 5 años, por quintiles del índice de riqueza Bogotá, 2005**



Fuente: Procesamiento propio de la Encuesta de Demografía y salud, 2005

**Gráfico 3. Porcentaje de nacidos vivos de madre con menos de 4 controles prenatales y nivel educativo de sus madres, 1998 - 2006, Bogotá**



Fuente: Procesamiento propio de los archivos de los Registros de Nacimientos. SDS, DANE, 1998 - 2006

Para obtener las razones de tasa se recurre a diferentes agrupaciones de la población que buscan expresar un acercamiento a la "posición social" de las personas. Las categorías operativas utilizadas con este propósito se refieren a los niveles de ingresos (quintiles de ingreso de los hogares), a la escolaridad en educación formal, al estándar de vida (nivel del índice Sisben) y al nivel

• socioeconómico (estrato socioeconómico para el pago  
• de servicios públicos domiciliarios, quintiles del "índice  
• de riqueza"<sup>2</sup>). En el Cuadro se incluyen los valores del  
• indicador tanto para el grupo más desfavorecido como  
• para el menos favorecido, y la razón de tasa entre esos  
• valores.

## Inequidades en salud en el ciclo de vida

Las medidas de desigualdad contenidas en el Cuadro 1 son suficientemente elocuentes y muestran con claridad cómo la inequidad en salud es un fenómeno persistente que tiene lugar en múltiples situaciones a lo largo del ciclo de vida y que encuentra sus fundamentos en la configuración estructural de la sociedad.

Las inequidades en la gestación y primeros años de vida son el punto de partida que marca un derrotero en las fases posteriores. Las inequidades en el acceso a los servicios de salud son sistemáticas en todos los casos analizados. Y en la morbilidad infantil, la proporción de personas con enfermedad crónica y de hogares con miembros discapacitados se encuentran desigualdades apreciables.

• Las diferencias en las probabilidades de vida, que se  
• expresan en los niveles de mortalidad, se manifiestan en  
• las tasas de mortalidad infantil evitable, de mortalidad  
• materna y en las tasas estimadas de mortalidad, generales  
• y por grupos de causas de muerte. Invariantemente las  
• poblaciones con más bajos niveles educativos (sin  
• educación o con educación primaria), en todos los grupos  
• de edad, tienen las tasas de mortalidad más elevadas, y  
• las que recibieron educación superior, las más reducidas.  
• Se evidencia así cómo las condiciones sociales  
• relacionadas con la "posición social", ejercen una  
• influencia sobre la probabilidad de muerte y los años  
• esperados de vida.

---

<sup>2</sup>El índice de riqueza busca una aproximación para "definir el estatus socioeconómico del hogar en términos de sus activos o su riqueza y no en términos de sus flujos de ingreso o consumo... La información relevante de las DHS (Encuestas de Demografía y Salud) con la cual se construyó el índice de activos es: la tenencia de algunos bienes tales como, televisor, radio, nevera, carro, etc.; algunas características de la vivienda entre las cuales se encuentran, el material del piso, la fuente de donde recibe el agua para beber, las condiciones de uso de inodoro y; otras características relacionadas con el estatus de riqueza del hogar. El índice de activos se construye asignándole un valor a cada uno de los activos o características del hogar mencionados anteriormente y agregando posteriormente dichos valores para cada hogar. Los puntajes de cada activo se construyen utilizando análisis de componentes principales..."(Flores y Nupia, 2002, p. 5)

**Tabla 3. Indicadores de inequidad en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá**

Indicadores	Variables de posición social	Años	Valores del indicador		Razón de tasa	Fuente de información
			Grupo menos favorecido	Grupo más favorecido		
<b>Inequidades en la gestación</b>						
Bajo peso al nacer (%)	Nivel educativo de la madre: Ningún nivel educativo y primaria incompleta vs. Universitario completo	1998-2006	6,4	4,0	1,6	Registros de nacimientos
Nacidos vivos con menos de 4 controles médicos prenatales a la madre (%)	Nivel educativo de la madre: Ningún nivel educativo vs. Universitario completo	1998-2006	41,75	3,7	11,3	Registros de nacimientos
<b>Inequidades en la infancia</b>						
Prevalencia de desnutrición crónica de niños menores de 5 años (%)	Quintiles del índice de riqueza: quintil 1 vs. Quintil 5.	2005	23,1	3,7	6,2	"Encuesta de Demografía y Salud"
Población menor de 5 años sin atención médica en caso de enfermedad (%).	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato 1 vs. Estratos 4 a 6	2003	32,4	1,3	24,9	Encuesta de Calidad de Vida
Población de 5 a 14 años sin atención médica en caso de enfermedad (%).	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato vs. Estrato 6	2003	47,8	11,5	4,2	Encuesta de Calidad de Vida
Menores de 5 años con discapacidad en aspectos cognitivos y neurológicos, que no asisten a centros de rehabilitación (%).	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: estrato 1 vs. Estrato 5	2007	48,4	4,2	11,5	Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad
Prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) en niños menores de 5 años (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: estrato 1 vs. Estrato 3 a 5	2005	34,1	11,1	3,1	"Encuesta de Demografía y Salud"
Prevalencia de infección gastrointestinal en niños menores de 5 años (%)	Niveles del Sisben: nivel 1 vs. niveles 3 y 4	2005	8,0	4,9	1,6	"Encuesta de Demografía y Salud"
Tasas de mortalidad evitable de menores de 1 años (Tasas por 1.000 nacidos vivos)	Nivel educativo de la madre: Ningún nivel educativo vs. Universitario completo	1998 - 2004	11,2	1,2	9,2	Registros de nacimientos y defunciones
<b>Inequidades en la juventud</b>						
Población de 15 a 24 años sin atención médica en caso de enfermedad (%).	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato 1 a 3 vs. Estratos 4 a 6	2003	36,3	19,2	1,9	Encuesta de Calidad de Vida
Tasa estimada de mortalidad de la población de 20 a 24 años por nivel educativo (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno, Primaria incompleta vs. Universitario	2005	603,9	36,1	16,7	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasa estimada de mortalidad por causa externa de la población de 20 a 24 años por nivel educativo (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno, Primaria incompleta vs. Universitario	2005	400	16,1	24,8	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasa estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles de la población de 20 a 24 años por nivel educativo (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno, Primaria incompleta vs. Universitario	2005	71,6	2,8	25,6	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.

Fuente: Procesamiento del CID de las fuentes mencionadas.

Tabla 3. Indicadores de inequidad en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá

Indicadores	Variables de posición social	Años	Valores del indicador		Razón de tasa	Fuente de información
			Grupo menos favorecido	Grupo más favorecido		
<b>Inequidades en la edad adulta</b>						
Población de 25 a 59 años sin atención médica en caso de enfermedad (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato 1 vs. Estratos 6	2003	45,9	29,8	1,5	Encuesta de Calidad de Vida
Hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato 1 vs. Estrato 6	2003	11,0	2,7	4,0	Encuesta de Calidad de Vida
Población de 40 a 59 años con enfermedad crónica (%)	Quintiles de ingreso: Quintil 1 vs. Quintil	2003	35,8	19,0	1,9	Encuesta de Calidad de Vida
Población de 30 a 59 años con enfermedad crónica sin consulta médica periódica (%)	Quintiles de ingreso: Quintil 1 vs. Quintil	2003	44,7	31,7	1,4	Encuesta de Calidad de Vida
Tasas estimadas de mortalidad de 20 a 34 años (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	514,8	41,9	12,3	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de 20 a 34 años por causa externa (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	139,6	16,1	8,7	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de 35 a 49 años (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	438,8	97,8	4,5	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de 35 a 49 años por causa externa (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	59,9	17,2	3,5	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de 50 a 64 años (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	727,3	350,4	2,1	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de la población de 50 a 64 años por diabetes (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	33,0	13,5	2,4	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasa de mortalidad materna por nivel educativo de la madre (tasas por 100.000 nacidos vivos)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario completo	2000 - 2004	122,2	55,6	2,2	Registros de nacimientos y de defunciones.
<b>Inequidades en la tercera edad</b>						
Tasas estimadas de mortalidad de 65 y más años (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	4352,9	2181,0	2,0	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de la población de 65 y más años por enfermedades hipertensivas (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	254,7	62,8	4,1	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de la población de 65 y más años por diabetes (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	198,0	107,7	1,8	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.

Fuente: Procesamiento del CID de las fuentes mencionadas.



## Referencias bibliográficas

Braveman Paula, Gruskin Sofia. 2003, "Defining equity in health". *Journal of Epidemiology and Community Health*;57:254-8.

Evans T., Whitehead M. Diderichsen F. Wirth M. (editores), 2001. *Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPS.

Flórez Carmen Elisa y Nupia Oskar Andrés, 2001. *Desnutrición infantil en Colombia: Inequidades y determinantes*, CEDE, Bogotá.

Fresneda Óscar y Martínez Félix León, 2007, "Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004)", *Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá*, SDS, CID-Universidad Nacional, Bogotá.

• OMS, 2005. *Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad*, en [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index1.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html).

• Sen Amartya, 2007. *Primero la gente*. Ediciones Deusto, Barcelona.

• UNICEF, 2004. *Low Birthweight Country, Regional and Global Estimates*, Nueva York. Fernández, Juan Manuel, Calzadilla, Ahindris, Fernández, Glenda et al. *Incidencia de bajo peso al nacer en el Policlínico Docente "Antonio Maceo": Años 2000 al 2002*. *Rev Cubana Pediatría*, abr.-jun. 2004, vol.76, no.2, p.0-0. ISSN 0034-7531