

Equidad en salud. Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento. Bogotá 2001*

Rubby Marcela Martínez Bejarano*

Palabras-clave: Colombia/Colombia/Colombia; Políticas de salud/ Health Policy/ Politique Sanitaire; Mortalidad Diferencial/Diferential Mortality/Mortalite Differentielle; Clases Sociales/Social Classes/Classe Sociale.

Resumo

La equidad en salud es uno de los determinantes importantes en la equidad social. Por lo tanto evitar las inequidades en salud debe ser uno de los temas prioritarios en las políticas de salud. En 1993 Colombia adoptó con la ley 100 un régimen de seguridad social basado en los principios de Universalidad, Solidaridad, Equidad, Eficiencia e Integralidad, cuya prestación de servicios se hace a través de dos regímenes de aseguramiento: el contributivo (población con capacidad de pago) y el subsidiado (para atender población de bajos recursos). El presente es un estudio transversal, en el cual se usaron indicadores relacionados con la salud agregados según edad, sexo y régimen de aseguramiento. En el análisis de la información se usaron los siguientes métodos: 1) análisis univariado 2) análisis bivariado 3) tabulación de valores para indicadores seleccionados. Para este estudio se procesaron la totalidad de los certificados de defunción registrados en Bogotá en el 2001. Se tomaron como denominadores de las tasas (población expuesta al riesgo) la población total de Bogotá adoptada para dicho año por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá agrupada por sexo y grupos de edad y la población afiliada a cada uno de los regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los resultados muestran una sobremortalidad general del régimen subsidiado frente al régimen contributivo en todos los grupos de edad pero principalmente para los menores de un año en enfermedades infecciosas como la Neumonía y la diarrea, para los grupos de edad de 15 a 59 años en la mortalidad por agresiones y en los grupos de edad de 15 a 59 años en la mortalidad por enfermedades objeto de múltiples programas de prevención como son: la enfermedad por VIH, el cáncer de cuello uterino, el tumor maligno de mama; entre otros.

* Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Caxambú –MG- Brasil, del 18 al 20 de Septiembre de 2004.

* Universidad Externado de Colombia. Tesis presentada y aprobada con mérito para acceder al título de Maestría en Estudios de Población.

Equidad en salud. Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento. Bogotá 2001*

Rubby Marcela Martínez Bejarano*

ANTECEDENTES

La equidad en salud debe ser uno de los pilares para la construcción de la equidad social, entendida ésta última, como un factor que incrementa la estabilidad social y la productividad económica.

Margaret Whitehead en 1990,¹ caracteriza a las inequidades como "diferencias que son innecesarias y evitables, y además, consideradas injustas". Las inequidades en salud se manifiestan principalmente en diferencias en el estado de salud y su relación con el proceso de enfermedad y muerte.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, la OPS plantea que la equidad implica: "a) en una situación de salud reducir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas; b) recibir atención en relación con las necesidades (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir de acuerdo a las capacidades de pago (equidad financiera)".²

Hay algunas diferencias existentes en salud dentro de las poblaciones y entre los individuos que permanecerán en el tiempo por el principio mismo de la diferencia expresado en teorías como la de Amartya Sen³⁻⁴⁻⁵ en función de las capacidades de los individuos. Pero aún cuando no va a ser posible eliminar todas las diferencias existentes en salud se deben eliminar o reducir aquellas que se consideren evitables o injustas.

La búsqueda de la equidad en salud implica que localmente todos deben tener igual oportunidad de desarrollar su potencial de salud y no debe existir desventaja en los medios para alcanzar este potencial si esta desventaja es evitable por lo tanto "todos los grupos de población deben tener la misma posibilidad de acceso a la atención, la misma posibilidad de utilización del servicio y la misma calidad en la atención para iguales necesidades en salud".⁶

* Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Caxambú –MG- Brasil, del 18 al 20 de Septiembre de 2004.

* Universidad Externado de Colombia. Tesis presentada y aprobada con mérito para acceder al título de Maestría en Estudios de Población.

¹ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. WHO regional Office for Europe. WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen.1990.

² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Metodología para la evaluación y el seguimiento de la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. 1998.

³ SEN, A. Resources, values and development. Brazil Blackwell. 1984.

⁴ _____. Dreze J. Hunger and public action. Clarendon, Oxford, 1989.

⁵ _____. Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Oxford. Oxford University Press. 1981.

⁶ KRASNIK, A. The concept of equity in health services research. Scand J Soc Med 1996;24: 2-7.

La investigación epidemiológica y social debe tratar de encontrar la manera de entender mejor los factores que influyen en las diferencias del estado de salud de las poblaciones y la equidad debe ser incluida en la evaluación de los programas de prevención en salud.⁷

La prestación actual de servicios de salud en Bogotá y en el país está determinada y delimitada por la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud constituido en 1993 con la ley 100 y diseñado para cumplir los principios de Integralidad Universalidad, Solidaridad, Equidad y Eficiencia; a través de un régimen de aseguramiento que debía cubrir al 100% de la población.

Se dividió entonces el sistema en dos regímenes: El contributivo al cual está afiliada la población con capacidad de pago y el subsidiado al cual se afilia la población de bajos recursos. Al régimen contributivo están afiliados entonces todos los trabajadores. Para la afiliación al régimen subsidiado se optó por la focalización para la asignación del gasto social y como instrumento para esta focalización se adoptó el SISBEN.

El proceso de afiliación al régimen subsidiado requiere varios pasos:

1. La aplicación de la encuesta SISBEN, 2. La obtención de un puntaje determinado y 3. La inscripción a una Administradora de Régimen Subsidiado(ARS) a través de la Secretaría Distrital de Salud cuando ésta ofrezca nuevos cupos dependiendo de las políticas y los recursos estatales.

Los usuarios a quienes se ha aplicado la encuesta SISBEN pero que no obtienen el puntaje requerido o no han logrado inscribirse a una ARS se les denomina “vinculados identificados” y no constituyen un régimen de aseguramiento como tal. Aquella población que no pertenece a ningún régimen de aseguramiento y a los cuales tampoco se ha aplicado la encuesta se les denomina vinculados no identificados. Estas dos últimas poblaciones no debían existir para el 2001.

La financiación del régimen contributivo se realiza con los aportes hechos por cada uno de los trabajadores afiliados y la administración de los recursos para la atención en salud se hace a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Para la financiación del régimen subsidiado se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y una sub-cuenta de solidaridad que cuenta con recursos de los entes territoriales, recursos del presupuesto nacional, recursos aportados por las Cajas de Compensación Familiar y un porcentaje de lo aportado por el régimen contributivo. La administración de los recursos para la atención del régimen subsidiado está a cargo de las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS).

Las cifras en cuanto a cobertura del aseguramiento, varían según diferentes fuentes. Para Bogotá la Superintendencia Nacional de Salud reporta 59.8% de población afiliada al régimen contributivo y la Secretaría Distrital de Salud reporta un total de 1.216.970 afiliados al régimen subsidiado que correspondería al 18.13 % de la población calculada para la ciudad en el 2001. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2000 reporta afiliación del 72% de la población a alguno de los regímenes de aseguramiento distribuidos en: 50,7 al régimen contributivo, 16,7% a régimen subsidiado y 4% a otro régimen con un 0,7% sin información. Una encuesta realizada por El Tiempo para la revista “como vamos” (boletín 6-7 de Diciembre de 2001) de la Alcaldía Mayor de Bogotá reporta para el mismo año 42% de afiliación al régimen contributivo y 36% al régimen subsidiado.

En ésta última encuesta, se encuentran diferencias significativas en cuanto a la tenencia de carné de afiliación al régimen de seguridad social, por parte de todos los miembros de la

⁷ COSTA, G.; CADUM E, M.; FAGGIANO, F.; CARDANO, M.; DEMARIA, Social inequalities in the mortality due to cardiovascular diseases in Servizio G Italy di Riferimento Regionale per l'Epidemiologia di Grugliasco. En Ital Cardiol 1999 Jun;29(6):684-91, ASL 5 di Piemonte, TO. Centre for Epidemiology, National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden.

familia: en el estrato alto el 84% de las familias tienen a todos sus miembros afiliados a un régimen de seguridad social en salud, mientras que este porcentaje se disminuye al 68% en el estrato medio y al 63% en el estrato bajo. En cuanto a la calidad del servicio se obtienen como causas de insatisfacción con los servicios prestados a través de la afiliación al régimen de seguridad social los siguientes: mucha demora en atender el 60%, hay que hacer muchas colas y trámites el 35%, no se entregan los medicamentos el 29%, es costoso el servicio el 26%, mala atención de personal administrativo el 16%, no hay suficiente información el 16%, no hay control de calidad el 15%, mala ubicación de la entidad el 14%.

Lo anterior muestra cómo persisten muchos inconvenientes de calidad en la atención del servicio que acarrearán obstáculos para el acceso adecuado al mismo y hacen inherentes problemas de inequidad puesto que la no entrega de medicamentos y el costo del servicio afecta más gravemente a la población afiliada al régimen subsidiado y a los afiliados al régimen contributivo con bajos ingresos.

PROBLEMA

Hay varios estudios que muestran un aumento del gasto en salud y una ampliación de la cobertura de aseguramiento. Sin embargo, un aumento de cobertura por sí solo no garantiza el acceso al servicio ni su calidad; y éstos estudios no han medido éstos factores. No se conocen indicadores de salud diferenciales por régimen de aseguramiento, aún cuando el acceso a los servicios de salud y la calidad en la prestación de los mismos es un determinante de la inequidad en salud.

Para Bogotá, se han demostrado variaciones en el estado de salud de las poblaciones de las diferentes localidades ligadas a factores principalmente socioeconómicos y del medio ambiente. Los indicadores de mortalidad y en general los de salud ofrecidos por las entidades oficiales (DANE, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Ministerio de Salud) en materia de morbilidad y mortalidad dan cuenta de las diez primeras causas por grupo de edad y en algunos casos por localidad pero no permiten hacer una diferenciación por régimen de aseguramiento.

Los reportes oficiales del sector salud dan cuenta de una alta cobertura en actividades de promoción y prevención. El estudio “Salud Sexual y Reproductiva en zonas marginadas” hecho por Profamilia en el 2001 registra que entre las mujeres de estratos bajos NO DESPLAZADAS de Bogotá el 81,9% pertenece al Sistema General de Seguridad Social pero sólo el 36,3% conoce la ley 100. De éstas mujeres no desplazadas el 20,4% no sabe a qué tiene derecho por estar afiliada y el 79,6% restante tiene un conocimiento parcial de sus derechos, el 86% refiere no haber participado de ninguna charla sobre salud básica familiar (vacunas, diarrea, gripa, lactancia, nutrición, tabaquismo) y el 91% refiere no haber participado de ninguna charla sobre salud sexual y reproductiva (ETS, Citología /examen de Seno, Planificación Familiar, Cáncer de Próstata, Educación Sexual).⁸

Determinar las estructuras de la mortalidad por régimen de aseguramiento y las diferencias existentes entre ellas, podría constituir el inicio de la construcción del conocimiento necesario para orientar planes y políticas de salud mejor orientados hacia las necesidades particulares de las diferentes poblaciones.

OBJETIVO

General

Establecer las diferencias existentes en los niveles y la estructura de la mortalidad por régimen de aseguramiento, por grupo de edad y sexo; en el año 2001 en Bogotá.

⁸ PROFAMILIA, Colombia. Salud Sexual y Reproductiva en zonas marginadas. Páginas 73 a 77. Bogotá 2001.

Específicos

Establecer si en el año 2001 hay en Bogotá, diferencia por régimen de aseguramiento, en la tasa bruta de mortalidad por grupo de edad y por sexo.

Establecer si hay diferencias por régimen de aseguramiento en la distribución porcentual por causas de mortalidad (veinte primeras causas), por grupos de edad y por sexo en el año 2001 en Bogotá.

Hacer un análisis de las diferencias encontradas en las tasas de mortalidad y la distribución porcentual de la mortalidad por causas en cada régimen de aseguramiento, por grupo de edad y por sexo en el año 2001 en Bogotá.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo transversal, usando indicadores relacionados con la salud agregados según edad, sexo y régimen de aseguramiento. En el análisis de la información se usaron los siguientes métodos: 1) análisis univariado (características de las distribuciones); 2) análisis bivariado (correlaciones y tablas de frecuencia); 3) tabulación de valores para indicadores seleccionados. Los programas informáticos usados en el proyecto fueron: MSEXcell, Access, Visual Fox y MSWord.

Las fuentes de información utilizadas para realizar el estudio fueron:

- ✓ Las bases de datos de los certificados de defunción del año 2001 solicitadas a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y entregadas por el Área de Vigilancia en Salud Pública de las cuales se gestionó la información correspondiente a las variables: tipo de defunción, sexo, sitio de defunción, edad, régimen de seguridad social, lugar de residencia habitual, condición profesional de la persona que expide el certificado, asistencia médica durante el proceso que lo llevó a la muerte, causa directa y causas antecedentes de muerte*.
- ✓ Las proyecciones oficiales de población del Departamento de Planeación Distrital de Bogotá, de la SDS de Bogotá y del DANE para el Distrito Capital clasificadas por edades simples y sexo para el año 2001.
- ✓ Base de datos suministrada por el área de Aseguramiento de la SDS de Bogotá, sobre afiliados al régimen subsidiado a diciembre de 2001.
- ✓ Base de datos suministrada por el área de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, sobre población vinculada identificada a diciembre de 2001.
- ✓ Base de datos suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud sobre número de afiliados al régimen contributivo en Bogotá, a diciembre de 2001.
- ✓ Información sobre número del documento de identidad de todos los afiliados a régimen contributivo a nivel nacional, suministrada por SDS de Bogotá.
- ✓ Información sobre distribución porcentual por sexos para cada grupo de edad para el régimen subsidiado y los vinculados identificados para Bogotá en el 2001, entregada por el Área de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- ✓ Información sobre número de nacidos vivos clasificados por régimen de aseguramiento, suministrada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá;
- ✓ Información sobre número del documento de identidad de los fallecidos en Bogotá, residentes en Bogotá y en cuyo certificado de defunción la variable régimen de

* El certificado de defunción es un documento legal, necesario para realizar la inhumación o cremación del cadáver de acuerdo a lo establecido en las leyes 68 de 1906 y 92 de 1938. Es además un instrumento de salud pública, que da cuenta de información esencial sobre factores demográficos, sociales y de morbilidad y mortalidad de la población. El actual certificado de defunción es responsabilidad del DANE y el Ministerio de la Protección Social

aseguramiento aparecía diligenciada como: Ignorado(4) ó no había sido diligenciada y por lo tanto aparecía en la base de datos como Sin Información (9)^

Con la base de datos total y con las bases de datos por regímenes, vinculado y residual se procedió entonces a realizar la agrupación a 103 causas por código y acto seguido a aplicar el nombre equivalente a cada código, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE X., se calculó la tasa de mortalidad para las 103 causas y la distribución porcentual por causas. Una vez realizado esto se ordenaron para obtener las veinte primeras causas de mortalidad, para el total de la población y desagregados por grupo de edad y por sexo. Además, se calcularon los siguientes indicadores:

- ✓ Tasa bruta de mortalidad para Bogotá en el año 2001.
- ✓ Tasa de mortalidad por sexo para Bogotá en el año 2001.
- ✓ Tasa de mortalidad por sexo y por grupos de edad para Bogotá en el año 2001.
- ✓ Tasa de mortalidad por régimen de aseguramiento.
- ✓ Tasa de mortalidad por grupo de edad y por régimen de aseguramiento.
- ✓ Tasa de mortalidad por grupo de edad, por sexo y por régimen de aseguramiento
- ✓ Distribución porcentual por causas por régimen de aseguramiento.
- ✓ Distribución porcentual por causas total Bogotá
- ✓ Distribución porcentual por causas por régimen de aseguramiento, por grupo de edad.
- ✓ Distribución porcentual por causas por grupo de edad, por sexo, total Bogotá
- ✓ Distribución porcentual por causas por grupo de edad, por sexo, por régimen de aseguramiento
- ✓ Índice de Sobremortalidad. (Calculado por grupo de edad y por sexo contra el nivel mas bajo encontrado en el presente estudio)

Posteriormente para las bases de datos de los no afiliados a ningún régimen, (“vinculados” y “residual”), se realizó la distribución porcentual por causa para el total de las muertes y se ordenaron en forma descendente.

Además se calculó la distribución porcentual de las muertes por grupo de edad y las tasas de mortalidad para el grupo de edad de menores de un año y el grupo de edad de uno a cuatro años de la población vinculada identificada. No se calcularon tasas para los demás grupos de edad de los vinculados identificados y para las defunciones del grupo residual por no poderse reconstruir el denominador.

Con el fin de realizar un análisis cualitativo, se calcularon además las diferencias existentes por régimen en cuanto a sitio de la defunción y atención médica durante el proceso que lo condujo a la muerte.

Como denominadores de las tasas (población expuesta al riesgo) se tomó la población total de Bogotá adoptada para dicho año por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá agrupada por sexo y grupos de edad y la población afiliada a cada uno de los regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

RESULTADOS

A pesar de que para el año 2001 la ley 100 tenía ya ocho años de haber sido expedida y de ser Bogotá uno de los sitios del país declarado como de mayor porcentaje de cobertura en aseguramiento en salud y mayor desarrollo tecnológico que permita la identificación adecuada de usuarios y la sistematización de los datos, se encontró que existían aún muchas deficiencias e inconsistencias en las bases de datos.

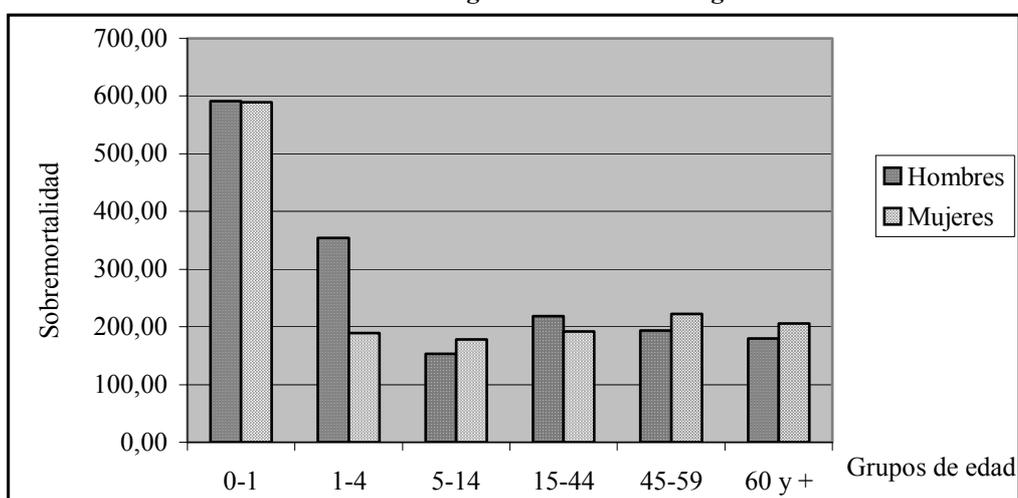
^ Por ser de reserva legal, no fue entregada para procesar fuera de las dependencias de la SDS y se obtuvo la colaboración de los funcionarios del Área de Vigilancia en Salud Pública para el cruce de variables con las bases de datos entregadas por el Área de Aseguramiento

Aún así, la calidad en el diligenciamiento de la mayoría de las variables en los certificados de defunción y nacido vivo es aceptable mostrando que las estadísticas vitales son una fuente de datos muy valiosa para el estudio de las condiciones sociales y de salud de la población. En particular, Bogotá ofrece buena cobertura y calidad en sus estadísticas vitales, lo cual las constituye en fuente de información de gran alcance.

A lo largo de todas las estimaciones obtenidas por régimen de aseguramiento por grupo de edad y por sexo se encontró, un mayor nivel de mortalidad del régimen subsidiado frente al régimen contributivo y frente al total de la población de Bogotá. (Gráfico 1).

Llama la atención la gran inequidad encontrada entre los dos regímenes de aseguramiento, si tenemos en cuenta que: el régimen subsidiado está atendiendo básicamente población de bajos recursos pero al régimen contributivo se encuentra afiliado un porcentaje alto de éstos estratos⁹; todos los menores de un año deben recibir la misma atención en salud sin importar a que régimen de aseguramiento estén afiliados y programas como la prevención de cáncer de cuello uterino son teóricamente de cubrimiento universal.

Gráfico 1
Sobremortalidad del régimen subsidiado. Bogotá 2001.



Las tasas de mortalidad tienen comportamiento muy similar por grupos de edad para la población de Bogotá y el régimen contributivo, con una mortalidad menor para el grupo de menores de un año que para la población mayor de 60 años, correspondiente a una población de mortalidad baja; diferente a lo percibido en el régimen subsidiado con una mortalidad más alta en menores de un año que en el grupo de más de 60 años lo cual corresponde a poblaciones de alta mortalidad

Los resultados encontrados muestran una tasa de mortalidad de 4,68 por 1000 para el régimen subsidiado, 1,5 veces mayor que la encontrada para el régimen contributivo (3,05 por 1000) y 1,24 veces mayor que la encontrada para el total de la población de Bogotá (3,77 por 1000).

Aún cuando se hubiese podido imputar a un régimen de aseguramiento la totalidad de los certificados de defunción que se dejaron en el grupo residual la tasa de mortalidad del régimen subsidiado sería siempre mayor que la del régimen contributivo como lo muestran los resultados de ejercicios realizados con diferentes hipótesis registrados en la tabla 1.

La tasa de mortalidad hallada (3,7 por 1000) es inferior a la reportada por el DANE (4,2 por 1000) debido a que ésta última incluye dentro del numerador todas las defunciones de nacidos vivos ocurridas en Bogotá independiente del sitio de residencia del fallecido mientras

⁹ el 70,4% de los afiliados al régimen contributivo en Bogotá 2001, gana menos de dos salarios mínimos

que esta investigación excluyó todas las muertes que aunque ocurridas en Bogotá se registraron en personas cuya residencia habitual estaba fuera de Bogotá.

Tabla 1
Tasa Bruta de Mortalidad. Total Bogotá y por régimen de aseguramiento 2001.

	HALLADOS			SUPUESTOS			
		1	2	3	4	5	6
BOGOTA	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
CONTRIBUTIVO	3,1	3,8	3,1	3,1	3,5	3,4	3,9
SUBSIDIADO	4,7	4,7	7,2	4,7	5,4	4,7	5,4
VINCULADO	3,2	3,2	3,2	6,0	3,6	3,2	3,6

SUPUESTOS DE DISTRIBUCION DEL GRUPO RESIDUAL.

Tasa por mil.

1= Se imputan todas las defunciones del grupo residual al régimen contributivo.

2= Se imputan todas las defunciones del grupo residual a régimen subsidiado.

3= se imputan todas las defunciones del grupo residual al grupo de vinculados

4= Se imputan las defunciones del grupo residual de acuerdo con el porcentaje de distribución encontrado para las 21.429 defunciones a las cuales se les pudo determinar claramente esta variable.

5= Se resta a la población de contributivo el número de afiliados que podría estar duplicado, con base en el porcentaje reportado para el país, en el 2001; por la Superintendencia de Salud. (11,32%).

6= Se combinan los supuestos 4 y 5.

Se tomó como base para el análisis, los datos calculados para este estudio de acuerdo a la metodología descrita que corresponden en la tabla a los “hallados”.

Teniendo en cuenta las diferencias existentes en la estructura por edad de las poblaciones y el sesgo que ello pudiese ocasionar en el análisis del nivel de mortalidad diferencial por régimen, se realizó una tipificación de las defunciones de los dos regímenes.

Se encuentra que la tasa tipificada es prácticamente igual a la calculada, lo cual indica que las diferencias en la estructura por edad de la población afiliada a los dos regímenes no afecta las tasas de mortalidad. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los grupos de edad contemplados son muy amplios y que si la tipificación se realizara con grupos menores, quinquenales por ejemplo; podría encontrarse variaciones en las tasas de mortalidad tipificadas principalmente en el grupo de 15 a 44 años.

Se calcularon los índices de sobremortalidad masculina por grupo de edad para el total de la población de Bogotá encontrando que la mortalidad masculina es 35% más alta que la femenina con marcadas diferencias por edad. En el grupo de edad de 15 a 44 años la mortalidad masculina excede en un 200% a la mortalidad femenina.

La estructura de mortalidad encontrada es muy similar a la reportada por el DANE y la SDS para el total de la población, concluyendo que la inclusión de muertes de personas residentes fuera de Bogotá afecta las tasas de mortalidad pero no la estructura de ésta.

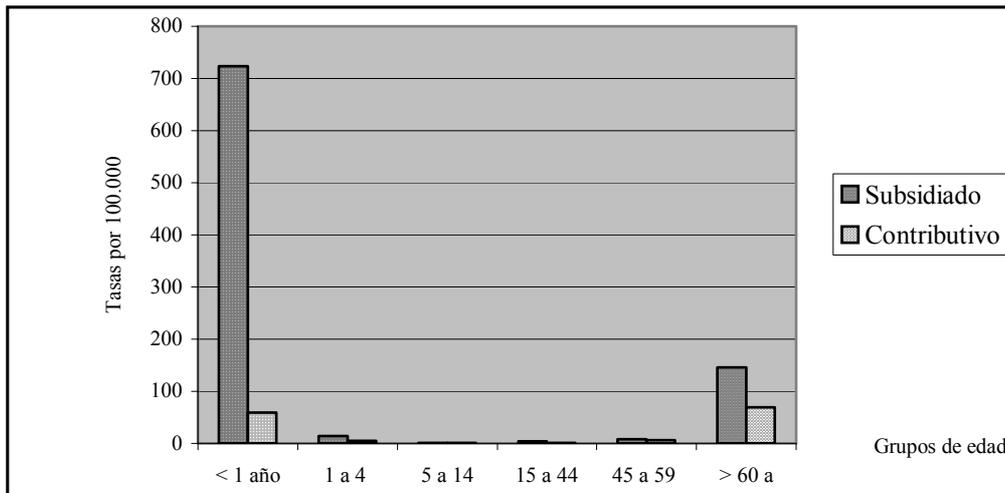
En cuanto a sitio de defunción encontramos un mayor porcentaje de fallecimientos registrados en hospital o clínica para el régimen contributivo, un mayor porcentaje de defunciones registradas en centro de salud para el régimen subsidiado y la población vinculada y un mayor porcentaje en vía pública o sin información para el grupo residual.

La asistencia médica durante el proceso que condujo a la muerte tiene un mayor porcentaje afirmativo en el grupo de población afiliado al régimen contributivo.

En cuanto a la mortalidad por causas es importante resaltar:

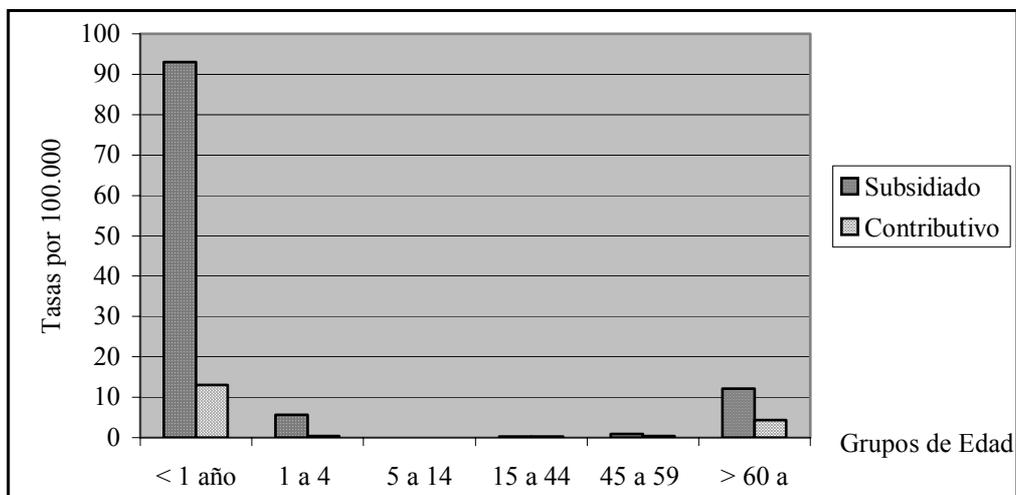
La mortalidad por neumonía en los menores de un año que aún siendo la tercera causa de muerte para ambos regímenes registra una tasa doce veces mayor en el régimen subsidiado, además de representar el 12,5% de las muertes, mientras que para el régimen contributivo representa apenas el 6,0% de las muertes en menores de un año. (Gráfico 2).

Gráfico 2
Mortalidad por neumonía Bogotá 2001.



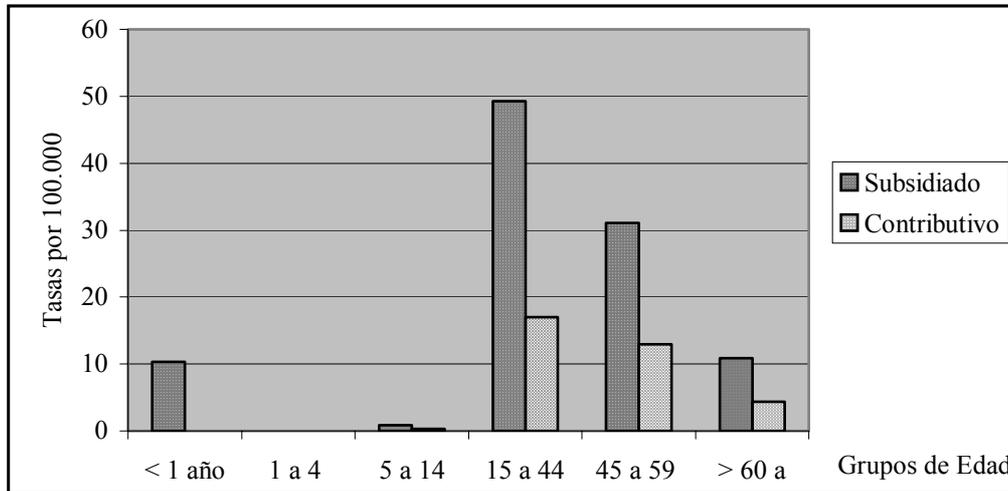
La mortalidad por diarrea, se registra como octava causa de muerte para los menores de un año del régimen subsidiado con una tasa 7,15 veces mayor que para el régimen contributivo como novena causa de muerte. Además aparece como quinta causa de muerte en el grupo de edad de uno a 4 años del régimen subsidiado pero no aparece entre las 20 primeras causas de muerte del régimen contributivo. (Gráfico 3).

Gráfico 3
Mortalidad por diarrea y otras gastroenteritis de origen infeccioso Bogotá 2001.



La muerte por agresiones presenta igualmente una sobremortalidad significativa en el régimen subsidiado frente al régimen contributivo principalmente en el menor de un año y los grupos de edad de 15 a 44, 45 a 59 y mayores de 60 años. (gráfico 4)

Gráfico 4
Mortalidad por agresiones Bogotá 2001



La mortalidad por enfermedad por VIH muestra una tasa 3,3 veces mayor en el grupo de edad de 15 a 44 años; 2,4 veces mayor en el grupo de edad de 45 a 59 años y casi dos veces mayor en el grupo de mayores de 60 años del régimen subsidiado (Gráfico 5).

Además se observa la presencia de mortalidad por tumor de cuello uterino en el puesto 18 entre las causas de muerte para el régimen subsidiado con una tasa de 8,1 por 100.000; mientras que para el régimen contributivo se encuentra en el puesto 35 con una tasa de apenas 2,32 por 100.000. (Gráfico 6).

Gráfico 5
Mortalidad por enfermedad por VIH Bogotá 2001.

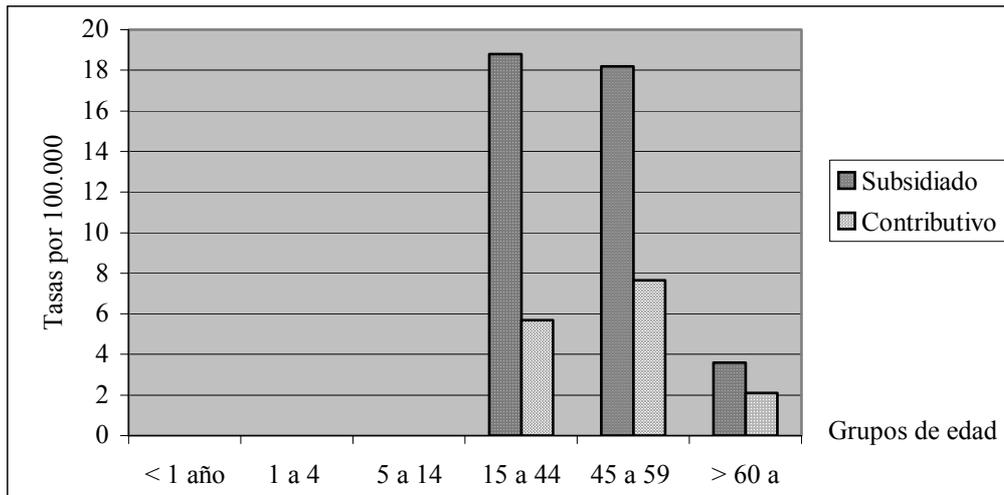
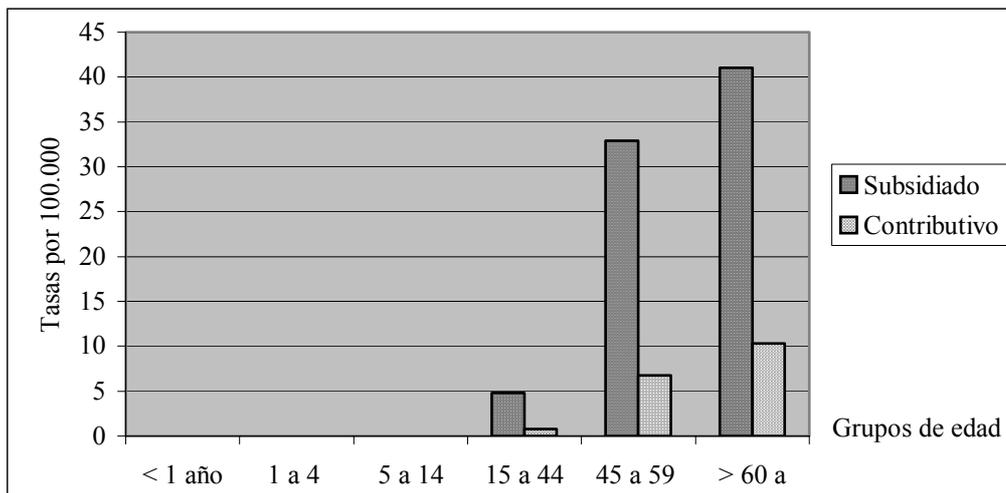


Gráfico 6
Mortalidad por tumor de cuello uterino Bogotá 2001.



El tumor maligno de mama aparece entre las primeras 20 causas de muerte (puesto 17) en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado se registra en el puesto 21, pero a pesar de ello la tasa es más alta en el régimen subsidiado en 6,3 por 100.000 frente a la tasa de 5,15 por 100.000 registrada para el régimen contributivo.(Gráfico 7).

El tumor maligno de próstata es el único caso en donde se encuentra un mayor nivel de mortalidad (49,4 por 100.000) del régimen contributivo frente al régimen subsidiado (38,6 por 100.000), pero sólo en el grupo mayor de 60 años. Para el grupo de edad de 45 a 59 años la mortalidad del régimen subsidiado es casi tres veces superior a la del régimen contributivo. Sin embargo se observa como causa de muerte aunque con una tasa muy baja en el grupo de edad de 15 a 44 años para el régimen subsidiado mientras que no aparece como causa de muerte para el régimen contributivo en este grupo de edad.(Gráfico 8).

Gráfico 7
Mortalidad por tumor maligno de mama Bogotá 2001.

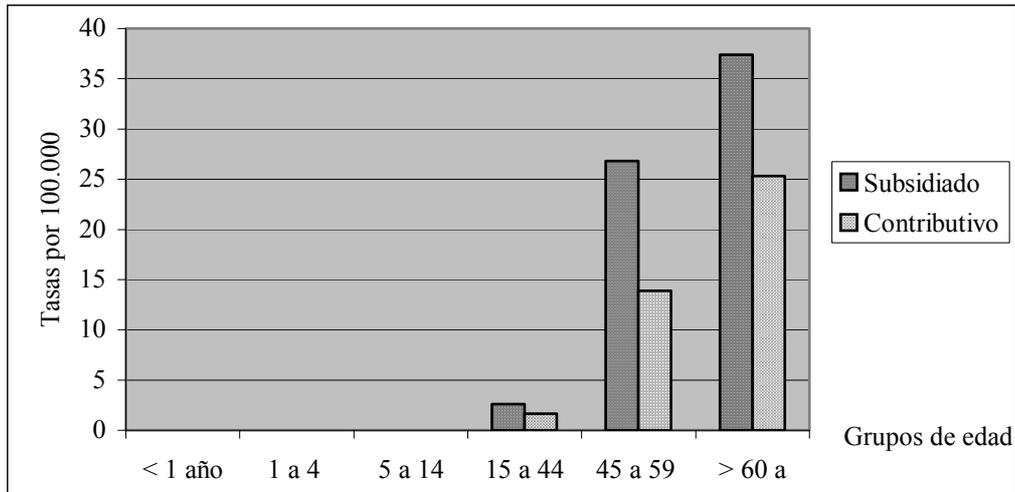
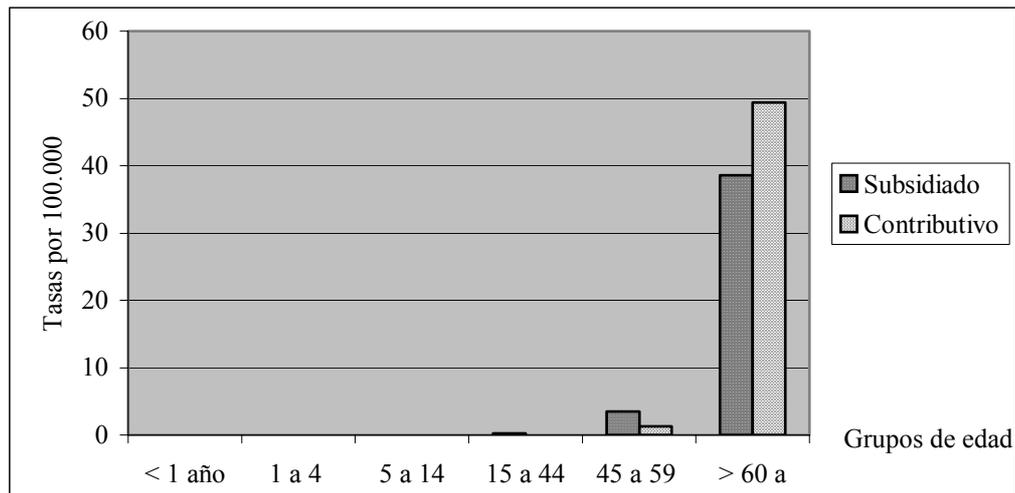


Gráfico 8
Mortalidad por tumor maligno de próstata Bogotá 2001.



La mortalidad por enfermedades hipertensivas, por Diabetes mellitus y por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica también presentan sobremortalidad entre la población del régimen subsidiado frente al régimen contributivo principalmente en los grupos de edad de 45 a 59 años y mayores de 60 años.

CONCLUSIONES

La inequidad en salud es un hecho evidente en el presente estudio y aún cuando la atención en salud y el acceso a los servicios de salud es tan sólo uno de los cuatro determinantes de la salud establecido por varios autores, vale la pena recordar que la ley 100 de 1993 pretendía a través de su régimen de subsidios y la privatización del servicio disminuir los efectos del nivel socioeconómico sobre la salud de las personas.

La equidad en salud debe garantizar la asignación de recursos acorde a las necesidades de cada grupo de población lo cual no puede significar, en una población tan diversa desde el

punto de vista socioeconómico y cultural los mismos recursos y las mismas oportunidades de atención para toda la población.

La equidad en salud implica las mismas respuestas a iguales necesidades en salud y las necesidades en salud de la población colombiana son muy diferentes en el estrato uno ó en el estrato seis e incluso entre poblaciones de los mismos estratos pertenecientes a diferentes entornos sociales, económicos, culturales o demográficos.

En el estudio nacional de salud realizado⁹ en 1983 los investigadores identificaron, un riesgo de morir 1.6 veces mayor para la población Colombiana menor de un año de menores recursos frente a la población de mayores recursos en el quinquenio 1978-1983. De acuerdo con lo encontrado en el presente estudio un menor de un año de Bogotá en el 2001, perteneciente al régimen subsidiado tiene casi seis veces más riesgo de morir que su par en el régimen contributivo.

Factores demográficos como el clima, la contaminación ambiental y la ubicación geográfica, factores sociales como la cobertura de servicios públicos, la violencia, el desplazamiento, y factores culturales como la educación, las costumbres y tradiciones y muchos otros factores juegan un importante papel como determinantes de la salud, pero no deben ser tenidos en cuenta como determinantes aislados con soluciones aisladas sino como influyentes de las necesidades en salud de cada grupo poblacional.

El Banco Mundial ha justificado intervenciones directas del gobierno en el campo de la salud en tres casos y uno de estos es para corregir las deficiencias del mercado en materia de equidad y eficiencia en las áreas de cuidados de la salud y seguros médicos refiriéndose a problemas de selección adversa, riesgo moral y otras tales como externalidades y competencia imperfecta entre los proveedores de servicios médicos, los pacientes y aseguradores.

Sabiendo de antemano que las políticas en salud merecen y necesitan una evaluación amplia, continua y permanente con indicadores claros que incluyan la calidad de la atención y el impacto de ésta y teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente y lo ya encontrado en otros estudios respecto a diferencias importantes en la calidad de la atención brindada a los usuarios de los diferentes regímenes como ya se expuso en el marco conceptual surgen varios interrogantes frente al funcionamiento del sistema actual de salud:

El POS-S es actualmente diferente al POS para el régimen contributivo pero la meta es igualarlo. ¿Deben tener el POS y POS-S el mismo alcance en cuanto a cubrimiento en salud?

¿Las necesidades en cuanto a educación en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad son las mismas para toda la población Colombiana?

¿Los sistemas que se han adoptado para la atención en salud, se están prestando para que la atención primaria no se esté dando de forma adecuada?

¿Cuál es el impacto real del Plan de Atención Básica y de todas las actividades de promoción y prevención incluidas en los planes obligatorios de salud? Se están midiendo de forma correcta las coberturas ó son las actividades incluidas las que realmente necesita la población?

¿Sería pertinente realizar estudios e intervenciones multi-sectoriales de mayor costo-efectividad que tengan en cuenta todos los determinantes de la salud?

⁹ MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA. OCHOA, Luis H.; ORDÓÑEZ, Myriam; RICHARDSON, Paúl. La mortalidad en Colombia, volumen IV: Tablas de mortalidad 1963 –1983. Bogotá diciembre de 1983.

El Cáncer de cuello uterino, el cáncer de mama, el cáncer de próstata y la enfermedad por VIH están incluidos dentro de programas de prevención de cubrimiento universal y sin embargo presentan diferencias significativas en los niveles de mortalidad de los dos regímenes de aseguramiento. Que tanto están incidiendo las variables calidad y acceso a los servicios en estas diferencias?

Todas son preguntas que merecen en mi concepto análisis y estudios profundos que puedan generar respuestas adecuadas en pro de mejorar la calidad de la atención en salud y sobre todo la equidad en salud para toda la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABAD GOMEZ, H. Implicaciones para la planificación y administración de los Sistemas de Salud, 1987. En: Revista Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Volumen 12, número 2, 1995.
2. AGUDELO, C. Sistema de Salud y plan de Desarrollo. En Revista de Salud Pública. 1999. 1(2): 117-127.
3. ALCALDÍA DE BOGOTÁ D.C. Revista "como vamos" boletín 6 - 7 diciembre 2001
4. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Información social básica de Bogotá, Información para el Plan Local 2001, modulo 3.
5. ALVARADO E. El Régimen Subsidiado de salud. Fundación Crecer. 1.998
6. ANDERSON NB. Solving the puzzle of socioeconomic status and health: the need for integrated, multilevel, interdisciplinary research. En Ann N Y Acad. Sci 1999;896:302-312.
7. ASCOFAME. Recurso Humano en Medicina. Bogotá. 2000.
8. BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial. Parte II, capítulo 6, páginas 158,167. Washington 1988.
9. BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial. Washington D.C. 1993.
10. BLOOM, G.; McIntyre D. Towards equity in health in an unequal society. Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton, U.K. En Soc Sci Med 1998 Nov; 47(10): 1529-38.
11. CAMACHO M, M. El proceso de construir una Bogotá saludable. En: revista Vía Salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Tercer trimestre de 1999.
12. CASTAÑO CONVERS, S. Amenazas y oportunidades. Un análisis desde las tendencias mundiales de salud. En la revista Vía Salud; número 22; Centro de Gestión Hospitalaria.
13. CENDEX, PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, FUNDACIÓN FORD. Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado, seis estudios de caso. Javegraf. Bogotá. 1999.
14. CÉSPEDES, J. Proceso de transición en salud en Colombia e implicaciones para el nuevo milenio. En La cátedra abierta en población 2000-2001.
15. CÉSPEDES, JE., JARAMILLO I., MARTÍNEZ R., OLAYA S., REYNALES J., URIBE C., CASTAÑO RA., GARZÓN E., ALMEIDA C., TRAVASSOS C., BASTO F., ANGARITA J. Efectos de la reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. En Revista de Salud Pública. 2000. 2(2):145-164.
16. COLOMBIA. DANE, OPS. La Mortalidad en Colombia según condiciones de vida, Estudios censales N° 16, Bogotá, Colombia. 2000.
17. COLOMBIA. DANE. Proyecciones departamentales de población por sexo y edad, para Colombia 1990 - 2015. Tomo 12. DANE. Bogotá. Julio 1.998.
18. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA. OCHOA, L.; ORDÓÑEZ, M.; RICHARDSON, P.. La mortalidad en Colombia, volumen IV: Tablas de mortalidad 1963 -1983. Bogotá diciembre de 1983.
19. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Corporación Centro Regional de Población, Demographic and Health Surveys. Institute for Resource Development/ Westinghouse. Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud. 1.986
20. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La Salud en Colombia. Diez años de Información. Bogotá;1994.
21. COLOMBIA. PROFAMILIA. Demographic and Health Surveys, institute for Resource Development/, Macro International Inc. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. 1.995

22. COLOMBIA. PROFAMILIA. Demographic and Health Surveys. Institute for Resource Development, Macro International Inc. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. 1.990.
23. COLOMBIA. PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000.
24. COLOMBIA. PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en zonas marginadas. Páginas 73 a 77. Bogotá 2001.
25. CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS): Alma – Ata (URSS), Septiembre de 1978.
26. COSTA, G., CADUM, E., FAGGIANO, F. CARDANO, M., DEMARIA, M. Social inequalities in the mortality due to cardiovascular diseases in Italy Servizio di Riferimento Regionale per l'Epidemiologia di Grugliasco, ASL 5 di Piemonte, to Centre for Epidemiology, National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden. En G Ital Cardio 1999 Jun;29(6):684-91
27. DANE, MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD(OMS), República de Colombia, Indicadores de pobreza – 95. Serie 1998.
28. DARRAS, C. Diferencias de mortalidad infantil dentro de Bolivia. Revista Panamericana de Salud Pública volumen 4 N° 6 Washington D.C. 1998
29. ESLAVA C., JC. A la búsqueda de una transformación de la práctica médica que incorpore los recursos metodológicos de las ciencias sociales. En Revista facultad de medicina de la Universidad Nacional, volumen 48, número 1, enero – marzo de 2000.
30. ESLAVA, JC. Seguridad Social en Salud: reforma a la reforma. En Revista de Salud Pública. 1999. 1(2): 105-116.
31. FAGGIANO, F.; ZANETTI, R.; ROSSO, S.; COSTA, G. Social differences in cáncer incidence, fatality, and mortality in Turín Dipartimento di Sanita Pubblica-Universita di Torino. Epidemiologic Prev 1999 Oct-Dec;23(4):294-9.
32. FERES, J.; MANCERO, X. El método de las necesidades básicas insatisfechas NBI y sus aplicaciones en América Latina. División de estadística y proyecciones económicas. Serie Estudios estadísticos y prospectivos. CEPAL. ACLAC. Santiago de Chile, febrero de 2001.
33. FLÓREZ, CE. Las transformaciones sociodemográficas en Colombia. Bogotá 2001. Pág. 131.
34. FLÓREZ, CE; TONO, TM.; NUPIA, OA. Medición y realidad de las inequidades en salud en Colombia 1990-2000. CEDE, Universidad de los Andes y Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá. 2001.
35. FRANCO, A. Seguridad social y salud en Colombia. En Revista de Salud Pública. 2000. 2(1): 1-16.
36. FRANCO AGUDELO, S. Violencia y Salud en Colombia. En Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 1, número 2. Washington. febrero 1997.
37. FRANCO GIRALDO, A.. La Salud Pública y la Seguridad Social en Colombia. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. volumen 13, número 1; junio – diciembre 1995.
38. FRENK, J.; GONZÁLEZ BLOCK, MA.; HERNÁNDEZ, P.; LOZANO, R. La reforma de los sistemas de salud y la superación de la pobreza en América Latina.
39. FUNDACIÓN CORONA, FESCOL, FES, F.R.B., JARAMILLO, I. El futuro de la salud en Colombia, ley 100 de 1993 cinco años después. Cuarta edición. Fundación CORONA. Bogotá. 1.999
40. FUNDACIÓN CORONA. Situación Actual y Principales Retos del Sector Salud. Noviembre 2002.
41. HERNÁNDEZ, M. El derecho a la salud en Colombia. En Revista de Salud Pública. 2000. 2(2): 121-144.
42. HERRERA, V. Régimen subsidiado en salud: evolución y problemática. En Revista de Salud Pública. 1999.1(3):193-211.
43. ICONTEC. Tesis y otros trabajos de grado. Compendio de normas técnicas .Bogotá, Icontec, abril de 2002
44. INSTITUTO DE SALUD EN EL TROPICO, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; Situación de la Salud en Colombia. Primer curso, memorias. Santa fe de Bogotá, D.C. 1995.
45. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. La Mortalidad en Colombia, Volumen V: Niveles ajustados de mortalidad por secciones del país 1973 – 1985, y análisis de causas por sexo y edad 1979 – 1981.
46. KRASNIK, A. The concept of equity in health services research. En Scand J Soc Med 1996;24: 2-7.
47. LONDOÑO F, JL. La Carga de la Enfermedad, un nuevo indicador en el campo de la Salud Pública. En Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Volumen 13, número 2, enero – junio 1996.

48. LONDOÑO, JL.; GRISALES, H.; FERNÁNDEZ, S.; AGUDELO, B.; SÁNCHEZ, J. Años potenciales de vida perdidos por la población de Medellín 1994 – 1996. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Medellín; 1999.
49. LYNCH, JW.; SMITH, GD.; KAPLAN, GA.; HOUSE, JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*; 2000. 320: 1200 – 1204.
50. MALAGA, H.; LATORRE, MC.; CARDENAS, J.; MONTIEL, H.; SAMPSON, C.; DE TABORDA, MC.; GRANADOS, T. R. y PASTOR, D. Equidad y reforma en Salud en Colombia. En *Revista de Salud Pública* Vol. 2 N° 3. Memorias club de Revistas. Las condiciones de Salud en las Américas. Washington, D.C. OPS. 1994. Publicación científica 549.
51. MÁLAGA, H.; LATORRE, M.; CÁRDENAS, J.; MONTIEL, H.; SAMPSON, C.; DE TABORDA, MC. et al. Equidad y Reforma en Salud en Colombia. En *Revista de Salud Pública*. 2(3): 193-219.
52. MARTINEZ, P.; RODRÍGUEZ, LA.; AGUDELO, C.; y CARLOS, A. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. En *Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia*, volumen 3, número 1 de 2001
53. MINISTERIO DE SALUD, DANE-EV. Manual de principios y procedimientos. Sistema de registro civil y estadísticas vitales. Bogotá. 1997.
54. MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANEACION. YEPES F. La salud en Colombia, Análisis Socio-histórico. 1990.
55. MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. ORTIZ FJ. Transición epidemiológica: hacia la búsqueda de un modelo. En *Informe quincenal epidemiológico nacional*. volumen 4, número 24, diciembre de 1999.
56. _____ RODRÍGUEZ J, GALLARDO HM. La transición epidemiológica en Colombia, 1985 – 1995. En *Informe quincenal epidemiológico nacional*. volumen 4, número 14, julio de 1999.
57. _____. Salud y Desarrollo. *Informe quincenal epidemiológico nacional*. volumen 3, número 24, diciembre de 1998.
58. MORALES, LG. El financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. CEPAL 55 Serie Financiamiento del Desarrollo. 1997.
59. MOSS, N. Socioeconomic disparities in health in the US: an agenda for action Moss N. Pacific Institute for Women's Health, Los Angeles, CA 90064, USA. En *Soc Sci Med* 2000 Dec;51(11):1627-38
60. NAVARRO, V. y SHI, L. The political context of social inequalities and health. . Department of Health Policy and Management, School of Hygiene & Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD 21205, USA. En *Soc Sci Med* 2001 Feb;52(3):481-91
61. OLIVARES ALTUVE, Regulo. Las bases sociales de la práctica médica y la salud pública. Universidad de Caracas Venezuela; Tomo I.
62. OPS /OMS, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación FES, Institute for Mental Health Initiatives, Asociación Colombiana de Actores, directores y dramaturgos. Memorias: “Prevención de la violencia: una oportunidad para los medios”. 1998.
63. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. GAKIDOU, EE.; MURRIA, CJL.; y FRENK, J. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS 2000. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *WHO*;2000. 78(1):42 – 54
64. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo - 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
65. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS – OMS. Programa de análisis de situación de Salud HDP PWR – Colombia. Curso – taller de evaluación de servicios de Salud. Materiales de Lectura y Trabajo. Agosto de 1997.
66. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, CEPAL; 1997 (Cuaderno Técnico No. 46).
67. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Salud en las Américas. OPS Washington 1990.
68. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Salud en Las Américas. OPS. Publicación Científica 569. Washington. 1998.
69. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Metodología para la evaluación y el seguimiento de la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington D.C. OPS. 1998.

70. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2001. OPS. 2001.
71. LAZARFELD, P.F.; SEWELL, W.H.; y WILENSKY, H.L.. Planificación sociológica de los problemas sociales. Capítulo 6: La salud pública; capítulo 1: La pobreza urbana y la planificación social.
72. RESTREPO, H. La promoción de la salud y la nueva práctica de la salud pública. 1997
73. RICO VELASCO, J. Demografía Social y Salud Pública.
74. RODRÍGUEZ, O. Financiación y flexibilización laboral el plan de desarrollo "Cambio para construir la paz". En Rev. Salud pública.1(2): 97-104. 1.999.
75. ROSELLI, D.; OTERO, A.; SÉLLER, D.; CALDERÓN, C.; MORENO, I.; y PÉREZ, A. La Medicina Especializada en Colombia. Bogotá. Centro Editorial Javeriana. 2000.
76. ROSEN, M. Data needs in studies on equity in health and access to care--ethical considerations. En Acta Oncológica 1999;38(1):71-5
77. SÁNCHEZ, F. y NÚÑEZ, JM. La ley 100/93 si llegó a las personas de menores ingresos. En Revista: Vía Salud, Tercer Trimestre; 1999 (9).
78. SARMIENTO, A.; DELGADO, LC. y REYES, CA. Gasto público en servicios sociales básicos en Colombia. Bogotá. Misión Social-DNP /UNDP / UNICEF; Noviembre de 1998.
79. SECRETARIA DISTRIAL DE SALUD DE BOGOTA. Boletín epidemiológico Distrital. volumen 4, número 6
80. _____. Boletín epidemiológico Distrital. volumen 5, número 3.
81. _____. Boletín epidemiológico Distrital. volumen 5, números 7 – 11.
82. _____. Boletín epidemiológico Distrital. volumen 6, número 5
83. _____. Boletín epidemiológico Distrital. volumen 6, números 9, 10 y 11.
84. _____. Investigaciones en Seguridad Social y Salud. Número 2. enero – diciembre de 2000.
85. _____. Dirección de Aseguramiento. Afiliados al régimen subsidiado de Salud en Bogotá, D.C. julio de 2002. En Revista trimestral de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., Número 3.
86. _____. Dirección de Salud Pública. Protocolos de Vigilancia de la Salud Pública. Capítulo de Estadísticas Vitales.
87. _____. La carga de la enfermedad en Santa fe de Bogotá. Indicadores Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) y Mortalidad para la serie 1985 – 1996.
88. SEN, A. Dreze J. Hunger and public action. Clarendon, Oxford, 1989.
89. _____. Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Oxford. Oxford University Press. 1981.
90. _____. Resources, values and development. Brazil Blackwell. 1984.
91. SUSSER, M. Health as a human right: an epidemiologist's perspective on the public health. En American Journal Public Health 1993 Mar;83(3):418-26
92. TONO, MT. La Evolución del Acceso a la Salud en Colombia ¿Subsidios a la oferta o la demanda?. En Revista Vía Salud. 2000. No. 12, p. 30-35.
93. UGA, A.; ALMEIDA, CM.; LANDMANN SZWARCOWALD, C.; TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; MENDES RIBEIRO, J.; DE ROSARIO, CN.; BUSS, PM. y PORTO, SM. Consideraciones sobre el informe de la OMS – 2000. En Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, volumen 3, número 1 de 2001.
94. VEEDURÍA Distrital. Vivir en Bogotá, edición 8, noviembre de 2002; Vulnerabilidad social en Bogotá D.C. 2002.
95. VEGA FRANCO, L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. En Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de Antioquia, enero – junio de 2000.
96. WARTENBERG, L. Compiladora. Universidad Externado de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Bogotá julio de 2.003.
97. WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe (EURO). 1990.
98. WISE, PH.; KOTELCHUCK, M.; WILSON, ML. y MILLS, MN. Racial and socioeconomic disparities in childhood mortality in Boston. En England Journal Medicine 1985 Aug 8;313(6):360-6.
99. YEN, IH. y SYME, SL. The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. En Ann Rev Public Health 1999;20:287-308.