



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población

Guadalajara, México, 3 – 5 de Septiembre de 2006

**La demografía latinoamericana del siglo XXI
Desafíos, oportunidades y prioridades**

El perfil de daños a la salud de la población adulta: un desafío epidemiológico inaplazable

Carolina Martínez Salgado

Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco)
msoc1298@correo.xoc.uam.mx

Rubby Marcela Martínez Bejarano

AKADEMOS

Mesa 06. Población y Salud
Sesión 06.2.

EL PERFIL DE DAÑOS A LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA: UN DESAFÍO EPIDEMIOLÓGICO INAPLAZABLE¹

Carolina Martínez Salgado²
Rubby Marcela Martínez Bejarano³

Introducción

Uno de los fenómenos más llamativos de las tendencias demográficas actuales en muchos países latinoamericanos es el denominado envejecimiento poblacional. Las proyecciones para los próximos 50 años apuntan hacia los múltiples retos que ocasionará esta nueva modalidad de pirámide poblacional, no sólo desde el punto de vista económico (es decir, encontrar modalidades productivas capaces de aprovechar el enorme potencial que este vasto grupo poblacional se encontraría en condiciones de generar, para bien del conjunto de los integrantes de estas sociedades), sino también para las distintas vertientes de la política pública (las necesidades de capacitación y cuidado del bienestar de cada uno de ellos y sus dependientes). Sin embargo, desde una perspectiva médica y epidemiológica, es evidente que nos encontramos ya frente a un reto todavía más inmediato y dramático: el que plantea la atención del perfil de daños a la salud, que se está observando actualmente; en particular la patología que afecta a este numeroso contingente de adultos en edad productiva. Las constelaciones de riesgos a las que hoy día se encuentran expuestos los habitantes de estos países conducen a la ocurrencia de un conjunto de enfermedades especialmente preocupantes, algunas de ellas por su evolución crónica (diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos mentales) y otras también por su alta letalidad (tumores malignos, isquemias cardíacas, enfermedades cerebrovasculares, accidentes y lesiones violentas). Quienes se ven afectados por esta patología no sólo tendrán que ser descontados de quienes podrían ser llamados a participar en la generación de riquezas en las sociedades de las que forman parte, sino también habrán de ser contabilizados entre los que sufren por estos padecimientos, los cuales ellos mismos y sus familiares intentarán paliar echando mano de cuantos recursos estén en condiciones de disponer; sin lograr de todas maneras en la mayoría de los casos la atención terapéutica adecuada y suficiente. Lo más grave de la situación es que la prevención de esta patología implicaría profundas transformaciones en la oferta de bienes y en los patrones de consumo, y la atención de la misma, si es que se llega a tener acceso a ella, resulta extremadamente onerosa.

En este trabajo las autoras se ocupan del problema para el caso de dos ciudades, Bogotá y México, habitadas por una elevada proporción de la población de sus respectivos países y en las cuales se reportan unos de los más elevados índices de calidad de vida dentro de los mismos, lo que podría hacer suponer que se trata de uno de los contextos menos desfavorables para la atención de este tipo de daños a la salud. Se trata, además, de dos ciudades ubicadas en dos naciones que han constituido casos paradigmáticos en cuanto a las denominadas reformas de los sistemas de salud. En el caso de Colombia, la ley 100 de 1993 que cambió el Sistema Nacional de Salud por un Sistema de aseguramiento que pretendía entre otras cosas la universalidad y la equidad en los servicios. En el caso de México, la grave caída de la fuerte, sólida y potente red de salud y seguridad social generada a partir de los años cuarenta del siglo XX, a causa de las reformas sectoriales de las dos últimas décadas, y la adopción del modelo del nuevo universalismo que culmina, a partir de principios de este

¹ Trabajo presentado en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Guadalajara, México, del 3 al 5 de septiembre de 2006.

² Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco). Correo electrónico: msoc1298@correo.xoc.uam.mx

³ Médica. MSc. En Estudios de Población. AKADEMOS. Colombia. Correo electrónico: rubbymmb@yahoo.com

siglo, con la propuesta de un Seguro Popular que se presenta como un esquema de supuesta protección para los sectores más desprotegidos de la población.

En este estudio se analizan las principales causas de defunción de los adultos en edad productiva y se contrastan con las coberturas y características de los servicios de salud a los que el segmento de la población bajo análisis tiene acceso. La hipótesis de trabajo es que estos servicios no parecen ofrecer ni la cobertura, ni la garantía de acceso, ni la calidad suficiente de los servicios, y que además dentro de sus planes de prestación de servicios no se encuentra una respuesta adecuada a la realidad de la problemática de salud de este (ni de otros) grupo de la población. Se postula que una de las más evidentes expresiones de ello es, precisamente, la patología que está afectando a la población entre 15 y 64 años, la cual por carecer de la atención que requiere la historia natural de la enfermedad, y dado el entorno socio-demográfico en el que transcurre la vida de los pacientes, conduce a complicaciones de alta complejidad que deterioran la calidad de vida en un reducido período de tiempo y conducen a estas personas de edad adulta a una muerte temprana, al restarles no sólo años de esperanza de vida, sino calidad de la vida efectivamente vivida.

Metodología

Para cada uno de los dos casos en estudio, se describe la evolución de las cinco primeras causas de mortalidad a lo largo del período 2000-2004, con la información sobre defunciones registrada en las estadísticas vitales. Para dar el contexto del perfil de causas de muerte del cual forma parte el grupo de la población en el cual este trabajo enfatiza (los adultos en edad productiva constituidos por la población de 15 a 64 años), la descripción se hace para cinco grandes grupos de edad: 0 a 14, 15 a 29, 30 a 44, 45 a 64 y 65 y más. Se mencionan, además, las características del sistema de salud que opera en cada una de las dos ciudades en estudio, con referencia a las ofertas preventiva y curativa derivadas de la política de salud vigente y los montos de población que cubre cada uno de los diversos subsistemas a cargo del cuidado de la salud de la población (el público y lo que puede averiguarse del privado). En este punto, se consultan fuentes como los documentos oficiales de la Secretaría de Salud del gobierno local y federal, la información sobre coberturas recabada por el último censo de población del año 2000 y el Censo de población de 2005 para México; y para el caso de Colombia, los documentos del Ministerio de la Protección Social, la información oficial sobre coberturas de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y la Superintendencia Nacional de Salud, sin dejar de lado fuentes de información importantes como la encuesta de calidad de vida 2003 y las encuestas de demografía y salud de Profamilia de los años 2000 y 2005, y los diversos estudios realizados después de la ley 100, los cuales evidencian 13 años después de la citada reforma que los principales objetivos de ésta no se han cumplido y se observan, al contrario, cada vez con mayor intensidad, problemas graves en la cobertura a la población, el acceso a los servicios de salud, la calidad de los mismos y la sostenibilidad de importantes centros de atención que se han visto obligados a cerrar sus puertas. Adicionalmente, se contrasta el panorama descrito con lo que el conocimiento médico y epidemiológico permiten postular sobre el tipo de servicios médicos que requeriría un adecuado cuidado de estos padecimientos desde cada una de las dos vertientes consideradas: la preventiva y la curativa. La primera alude a lo que habría que ofrecer a la población para disminuir la probabilidad de ocurrencia de estas enfermedades. La segunda, a la necesidad de su atención médica cuando se han desencadenado. Se plantean, así, algunas reflexiones sobre la importancia que tendría la disponibilidad de los servicios e insumos necesarios para recuperar la salud cuando la historia natural del padecimiento lo permite, o para diferir los daños que causan las enfermedades crónicas, muchas de ellas no curables pero cuyos efectos sobre el organismo pueden mantenerse bajo control, con la consecuente mejoría de la calidad de la vida cotidiana de los enfermos y en no pocos casos, con una disminución de la letalidad

de los padecimientos. Finalmente, se presenta el balance de la situación actual en comparación con la observada en el período previo a las reformas sanitarias, en la medida en que lo permite la información existente. Para el caso de Colombia, las investigaciones en su gran mayoría solo muestran la situación de las coberturas del sistema de seguridad existente en ese momento, que afiliaba solo a la población trabajadora, pero sin tener prácticamente en cuenta la gran cantidad de población cubierta por el Sistema Nacional de Salud a través de los centros de salud y hospitales públicos que prestaban sus servicios de preferencia a las personas de menos recursos; ni tampoco la cobertura de servicios ofrecida por las clínicas privadas. En el caso de México, a partir de las propuestas de la OMS del así llamado nuevo universalismo, lo que anteriormente fueron servicios ofrecidos en forma universal y gratuita se transformaron en “paquetes” de servicios a ser adquiridos a través de un pago, a la vez que el acceso a los servicios médicos de alto costo quedó extraordinariamente restringido. Con base en todo lo anterior, las autoras plantean un grupo de reflexiones sobre el desfavorable significado que han tenido estas reformas para el cuidado de la salud y la atención médica de los problemas de salud que padece la población en general, y el grupo en el cual este trabajo enfatiza: los adultos en edad productiva.

El caso de Bogotá.

El Distrito Capital de Bogotá esta conformado por la ciudad de Santa Fe de Bogotá fundada en 1538 a la cual se adicionaron hace ya mas de 10 años los otrora municipios de Bosa, Engativá y Usaquen; tiene un área de 1.309,8 Km². de los cuales sólo 595 Km². corresponden al área urbana. Siendo la capital del país es además la capital del departamento de Cundinamarca. Esta dividida política y administrativamente en 20 localidades que a pesar de representar apenas el 0,99% del territorio Colombiano (1.138.910 Km².), alberga de acuerdo con el censo 2005; al 16.4% de la población total del país (41.242.948), un porcentaje que ha venido aumentando desde 1951 (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Porcentaje de población de Bogotá con respecto a Colombia y al departamento de Cundinamarca.

| | 1951 | 1964 | 1973 | 1985 | 1993 | 2005 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| Bogotá/ País | 6,4 | 9,7 | 12,5 | 14,4 | 14,9 | 16,4 |
| Bogotá/ Cca | 44,5 | 60,2 | 69,8 | 74,4 | 74,9 | 75,4 |

Fuente: DANE. Censos de Población.

Es además el territorio mas poblado del país, el de mayor número de habitantes por km² y el de mayor proporción de población entre 15 y 64 años cuya proporción ha venido aumentando a través del tiempo (cuadro 2), siendo siempre mayor el porcentaje de población de mujeres en este grupo de edad con relación al total de la población de este genero y de la población total. Se observa además un leve predominio de la población femenina en todas las edades.

Cuadro 2. Porcentaje de población de 15 -64 años. Colombia y Bogotá. 1985, 1995.2000 -2005

| | 1985 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Colombia Ttl. | 57,90 | 62,56 | 63,00 | 63,00 | 63,00 | 64 | 64 |
| Bogotá Ttl. | 63,15 | 67,26 | 67,35 | 67,59 | 67,82 | 68,03 | 68,30 |
| Hombres | 62,15 | 66,31 | 66,38 | 66,68 | 66,94 | 67,19 | 67,54 |
| Mujeres | 64,04 | 68,14 | 68,23 | 68,44 | 68,64 | 68,81 | 69,00 |

Fuente: Calculado a partir de DANE. Proyecciones de Población.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se constituyó a partir de la ley 100 de 1993 y fue diseñado para cumplir los principios de Integralidad, Universalidad, Solidaridad, Equidad y Eficiencia que serían garantizados a través de la prestación de servicios por parte de entidades privadas. Se pretendió a través de este sistema obtener la cobertura universal en salud a través del aseguramiento a dos regímenes: el contributivo para la población de trabajadores con capacidad de pago y sus beneficiarios y el subsidiado para la población sin capacidad de pago que sería cubierta por el estado. Este 100% de cobertura debía haberse alcanzado en el 2001. En la etapa de transición la población no afiliada sigue siendo atendida por los hospitales públicos mediante el subsidio a la oferta. En los últimos años varios de estos hospitales públicos, entre ellos algunos de altos niveles de complejidad han sido cerrados en Bogotá y el resto del país debido a que no han logrado el auto-sostenimiento exigido por el Sistema.

Para definir los tratamientos y procedimientos que debe atender la aseguradora en salud se definió el Plan Obligatorio de Salud (POS) para los asegurados en el régimen contributivo, el cual incluye todos los niveles de atención. Para el régimen subsidiado se definió el POS- Subsidiado que cubre el primer nivel de complejidad para todos los afiliados, la atención relacionada con embarazo parto y puerperio, todos los niveles de complejidad para los menores de un año y los pacientes de alto costo pero sólo algunas especialidades y/o patologías en algunos grupos de edad para el resto de la población. Este POS-S debía alcanzar la misma cobertura del POS del régimen contributivo en el año 2002 pero hasta la fecha esto no ha sido posible.

En cuanto a la cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud, para Bogotá, la encuesta de Calidad de Vida de 2003 (DANE, 2004) reporta afiliación del 77,6% al régimen de seguridad social en salud, 63% al régimen contributivo y 14,6% al régimen subsidiado. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000 (PROFAMILIA, 2000) reporta una cobertura de 70,9 para Bogotá (16,7% al régimen subsidiado y 54,2 al régimen contributivo). Para el 2005 la misma encuesta (PROFAMILIA, 2005) encuentra un 55,2% de afiliación al régimen contributivo, 3,1% de cobertura por regímenes especiales y 21,5% de afiliación al régimen subsidiado para un total de 79,8% de cobertura en salud. Se observa a lo largo de todos los años que un promedio de 52% de la población asegurada corresponde al grupo de edad comprendido entre los 15 y los 64 años, además existe un predominio de la afiliación femenina en todos los grupos de edad y en los dos regímenes de aseguramiento con una diferencia promedio de seis puntos en la proporción de cobertura entre los dos sexos.

De acuerdo con los datos suministrados por la Superintendencia Nacional de Salud (2002) en cuanto a coberturas de aseguramiento a nivel nacional, Bogotá tiene el mayor porcentaje de cobertura entre todas las ciudades y municipios del país y representa el mas alto porcentaje de afiliados con respecto al total del país.

Lo anterior sumado a los reportes de estándares de calidad de vida que muestran a Bogotá como la región con mejor calidad de vida dentro del país, con un cubrimiento de servicios públicos y sanitarios al 99% de su población y la mayor oferta en servicios de salud de todos los niveles de complejidad harían esperar las mejores condiciones de salud para la población residente en la ciudad. Sin embargo lo reportado por varios estudios a nivel nacional muestra que la afiliación no garantiza el acceso al servicio ni la calidad del mismo y evidencia grandes deficiencias en la oportunidad de la atención, la realización de exámenes complementarios y la entrega de medicamentos.

Las causas y los niveles de mortalidad han variado poco en el Distrito Capital entre el año 2000 y el 2004. La comparación con los años anteriores se hace difícil sobre todo con la mortalidad previa a 1998, teniendo en cuenta que a partir de este año se cambia de la clasificación CIE IX a la CIE X. Además la mortalidad previa a este año, se ha procesado por ocurrencia y no por residencia.

Se ha intentado hacer una comparación de la mortalidad del presente siglo con la referida para 1981, en el Estudio Nacional de Salud (INS, 1986). Pero para este año Bogotá no incluía los municipios de Bosa, Usaquén y Engativá, la clasificación de enfermedades se realizaba con CIE IX y el aseguramiento en salud de la población se limitaba al 10% cubierto por el Instituto de Seguros Sociales y un 6% aproximado cubierto por los regímenes especiales, el resto de la población era atendido por el sector oficial a través de las instituciones del Fondo Nacional Hospitalario, el Instituto Nacional de Cancerología entre otros. Por lo tanto más que comparar tasas de mortalidad, se hará un análisis de las causas de muerte y el porcentaje que aportan a las defunciones de cada grupo de edad específico.

Antes de realizar el análisis del grupo de edad al cual va dirigido específicamente este trabajo se realizará un análisis muy global y somero de las cinco primeras causas de mortalidad en los restantes grupos de edad.

Así para los menores de un año y el grupo de 1 a 4 años se observa que las cinco primeras causas de muerte, son básicamente las mismas pero se observa una disminución progresiva de los niveles de mortalidad para casi todas las causas de muerte. La evolución de las causas de mortalidad en los últimos 20 años se ha dado hacia entidades nosológicas cada vez más difíciles de intervenir como son las malformaciones congénitas; persistiendo sin embargo patologías como la neumonía y los trastornos respiratorios e infecciosos que son más frecuentes entre la población de menos recursos (Martínez, 2003).

Llama la atención para el grupo de edad de 5 a 14 años el aumento de la proporción de la mortalidad por causas externas. En 1981 estas causas determinaban el 33,2%, el mayor porcentaje lo aportaba las defunciones por accidentes de vehículos de motor y los suicidios reportaban sólo el 0,4% de las defunciones; para el 2001 las muertes por estas mismas causas en este grupo de edad dan cuenta del 38,5% de las muertes de las cuales el 15% corresponde a suicidios que se sitúa así en el quinto lugar dentro de las principales causas de muerte correspondiendo al 5,7% (en promedio y con la misma proporción entre hombres y mujeres) del total de las muertes en este grupo de edad. Las infecciones intestinales y las infecciones respiratorias agudas que eran las principales causas de muerte en 1981 se disminuyeron ostensiblemente y para el periodo 2000 – 2004 la leucemia, la neumonía y los tumores malignos del encéfalo, del ojo y de otras partes del Sistema Nervioso Central son las otras entidades más importantes como causas de muerte en este grupo.

En el grupo de mayores de 64 años las causas de mortalidad no han variado mucho en los últimos 25 años, las primeras cinco causas de muerte corresponden a las enfermedades cerebro vasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, las otras enfermedades del corazón, las enfermedades hipertensivas y la Diabetes Mellitas: además han aumentado su participación porcentual en las muertes de este grupo de edad entre 1981 y 2004.

Para Colombia, en general y Bogotá no es la excepción, desde hace más de 30 años; las muertes por algunas de las causas externas (homicidios, suicidios, eventos de intención no determinada y secuelas, accidentes de transporte de motor y otros accidentes de transporte terrestre) se encuentran entre las primeras 10 causas de muerte y representan un gran porcentaje de las defunciones principalmente para la población masculina del grupo de edad entre los 15 y 60 años. Es así como para 1981 estas muertes representaban el 74,2% de las muertes en el grupo de 15 a 24 años, el 75,7% de las muertes en el grupo de 25 a 34 años, el 54,4% de las defunciones del grupo de 35 a 44 años y el 19,4% del grupo de 45 a 59 años entre la población masculina.

Para el periodo 2000 – 2004 las muertes este mismo grupo de causas, siguen dentro de las primeras diez causas de mortalidad para el grupo de edad de 15 a 64 años y aún cuando han ido disminuyendo su proporción en la mortalidad para este grupo de edad, representa el 56% de las muertes en el 2000, el 54% en el 2001, el 52% en el 2002, el 46% en el 2003 y el 48% en el 2004. Lo anterior ha contribuido al aumento de la sobremortalidad masculina en el

grupo de edad de 15 a 34 a. principalmente, porque la mayoría de estas muertes se presentan por igual en ambos sexos, excepto los homicidios que representan el 50% de las muertes por causa externa y muestran una sobremortalidad masculina promedio de 12,3 para el grupo de edad de 15 a 64 años.

Sin dejar de tener en cuenta que la violencia vivida en el país está requiriendo presupuestos extras del Sistema de Salud y requeriría por lo tanto una política que hiciera frente a este gran flagelo; que además de la mortalidad esta dejando un gran contingente de población joven y adulta discapacitada⁴ Además la proporción que representan los suicidios en la mortalidad de la población en edad productiva y la población adolescente ameritaría una revisión de la salud mental y el acceso a los servicios relacionados con ésta en el país.

Las patologías relacionadas con el embarazo parto y puerperio representaron en el 2000 el 7,7% de las muertes de mujeres entre los 15 y los 44 años, el mismo porcentaje que representó en 1981 dentro de la mortalidad de las mujeres de este mismo grupo de edad; aunque disminuyó en el periodo pasando al 5.6% en el 2004⁵ observamos que bajó la Tasa solo un punto en 23 años de 4.3/1000 mujeres en 1981 a 3.4/1000 mujeres en el 2004. Para el total del país en 1993 esta patología representaba solo el 4,99% de las muertes de las mujeres entre 15 y 44 años. Para EEUU en ese mismo año las muertes por esta causa representaron tan sólo el 0,6% de las muertes de las mujeres de este grupo de edad y para México en 1994 representaron el 6,6% (OPS, 1998).

En cuanto al VIH (SIDA), aparece por primera vez entre las diez primeras causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 44 años en 1995. Desde el 2000 hasta el 2004 aparece entre las cinco primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 44 años y entre las diez primeras causas en el grupo de 45 a 64 años. Mientras en 1998 representaba el 4,1% de las muertes para el grupo de edad de 15 a 44 años, en el 2000 este porcentaje subió a 6,1% y significó el 1,7% del total de las muertes con una sobremortalidad masculina de 9,82; para el 2004 representa el 7,12% de las muertes del grupo de 15 a 44 años con una tasa de 0,79/1000 y el 2,9% de las muertes del grupo de 45 a 64 años con tasa de 1/1000. El número de casos entre la población femenina ha ido aumentando y para el 2004 la sobremortalidad masculina por VIH (SIDA) en el grupo de edad de 15 a 64 años bajo a 5,7.

Las enfermedades isquémicas del Corazón y las enfermedades Cerebrovasculares constituyen en este periodo en general mas del 12% de las muertes en este grupo de edad con una mortalidad similar entre los dos sexos excepto para la enfermedad isquémica del corazón en el grupo de edad de los 45 a 64 años con una sobremortalidad masculina de 2.7. Para 1981 estas muertes representaban el 15,8% de las muertes en el grupo de edad de 15 a 59 años, con el mismo comportamiento por sexos pero una sobremortalidad mayor (4,36) para el caso de enfermedad isquémica del corazón en el grupo de 45 a 59 años.

Otras entidades importantes como causa de muerte en este grupo de edad son: la leucemia, el tumor maligno del estómago y el tumor de mama de la mujer (1,6% de las muertes c/u); en el grupo de 15 a 44 años y el tumor maligno de estómago (5,2%), el tumor maligno de la mujer (4,8%) y la Diabetes Mellitus (4,3%) en el grupo de 45 a 64 años. En 1981 la Diabetes Mellitus representaba solo el 2,3% de las muertes en el grupo de 15 a 59 años. Los tumores no son comparables ya que el documento revisado para 1981 reporta todos los tipos de tumor dentro de un solo grupo.

Como podemos observar a lo largo de todo el análisis los avances de la salud pública no han sido muy notables en lo que tiene que ver con las enfermedades relacionadas con el embarazo parto y puerperio, aquellas que requieren un diagnóstico y tamizaje precoz como el tumor de mama de la mujer, el tumor de cuello uterino y el tumor de estomago y aquellas que

⁴ Los reportes iniciales del censo 2005 hablan de un 6,4% de discapacidad entre la población Colombiana (3,5 veces mas que el registrado por México) (DANE, 2006).

⁵ Los datos de mortalidad del 2004 aún se consideran preliminares.

requieren de medidas de atención primaria para prevenir sus complicaciones como la Diabetes Mellitus y las enfermedades hipertensivas.

Esto debido a que como se dijo anteriormente, es precisamente en estos eventos de prevención, oportunidad de exámenes diagnósticos y mantenimiento de medicamentos en los que el Sistema General de Seguridad social ha mostrado mayores deficiencias.

Además estas deficiencias están afectando en mayor medida precisamente a la población que la ley 100 pretendía favorecer, a la población de menores recursos, cuyos incipientes presupuestos no les permiten acceder a los servicios que el Sistema no les ofrece, bien porque no hacen parte del POS –S o bien porque las Instituciones Prestadoras de Salud y las Aseguradoras no les están garantizando la calidad ni el acceso al servicio.

El caso de la Ciudad de México

Hablar de la Ciudad de México implica referirse a un ámbito territorial que rebasa los límites del Distrito Federal (DF). La llamada Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) abarca hoy día a varios municipios del Estado de México e incluso a un municipio del estado de Hidalgo, y continúa creciendo.⁶ Esto acarrea no pocos problemas en los más diversos ámbitos para la vida de sus habitantes, y también difíciles retos para los gobiernos de las entidades federativas involucradas en el diseño y operación de las políticas públicas, entre ellas una que es central para el tema que nos ocupa: la de salud y seguridad social.

De dar crédito a la información publicada en el *Cuaderno Estadístico de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2005* (INEGI, 2005), para 2005 los casi 18 millones de habitantes de la ciudad se encontraban distribuidos aproximadamente la mitad en el DF y la otra mitad en los municipios conurbados, si bien esta última proporción aumenta año con año. Otra de sus características es que la cantidad de mujeres tiende a ser ligeramente mayor que la de hombres (con un índice de masculinidad de 0.94 para 2005).

Sin embargo, para los fines de este trabajo voy a simplificar la situación al circunscribirme exclusivamente a lo que ocurre a los habitantes de la Ciudad de México que residen en el territorio del Distrito Federal. Como intentaré mostrar, se trata de un ámbito privilegiado para el cuidado de la salud dentro del contexto nacional, por lo cual la revisión del caso bastará para ilustrar el punto que en estas páginas intentamos enfatizar.

Para ubicar al DF dentro del contexto nacional conviene señalar que, pese a su reducido territorio, es la segunda entidad más poblada del país (con 8.4 % del total de la población), precedida sólo, precisamente, por el estado de México (INEGI, 2005). En cuanto a la distribución de su población por sexo y grupos de edad, como antes dije, hay un ligero predominio de mujeres sobre los hombres; es la entidad con la menor proporción de niños de 0 a 14 años, con la mayor proporción de personas en el grupo de edad que aquí analizamos (de 15 a 64 años), y sólo otra entidad la rebasa en la proporción de adultos mayores (de 65 años o más) (INEGI, 2006 y 2006a). Hay que decir también que aún cuando las condiciones de vida en la ciudad se deterioraron ostensiblemente durante las últimas décadas del siglo pasado (Martínez y Leal, 2005) –y la tendencia continúa-, no ha dejado de constituir uno de los ámbitos menos desfavorables para ganarse la vida dentro del país, si bien con bastante austeridad para la mayoría de sus habitantes. O al menos así lo sugiere el probablemente no muy preciso, pero sin duda ilustrativo Índice de Desarrollo Humano (IDH), cuyo más alto

⁶ En el *Cuaderno Estadístico de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2005* se mencionan, como parte de la ciudad, además de las 16 delegaciones del DF, a 35 municipios del Estado de México (INEGI, 2005, cuadro 1.2). Pero existen otras versiones, entre ellas una que se considera avalada por la Secretaría de Desarrollo Social, el Consejo Nacional de Población y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en la que se señala que la ZMCM está integrada, además de las 16 delegaciones del DF, por 58 municipios del Estado de México y un municipio del estado de Hidalgo. Más allá de que, en efecto, la ciudad sigue creciendo, el tema sobre cuáles son sus límites territoriales resulta, como puede verse, bastante polémico.

valor correspondió, para el año 2000, al DF (CONAPO, 2006). Por último, hay que señalar que para el año 200, seguía siendo la entidad con la más alta esperanza de vida al nacer: 77.2 (CONAPO, 2006). Adicionalmente, dada la tendencia histórica centralista que ha caracterizado la ubicación de los servicios en México, la ciudad se encuentra relativamente sobredotada de algunos de ellos, en particular de los servicios públicos de atención médica. Pero he de subrayar que califico a esta sobredotación de relativa porque si bien en términos de recursos por habitante podría decirse que el DF sobrepasa a otras regiones del país, como espero mostrar en las siguientes páginas, cuando se mide con base en las necesidades de sus habitantes la dotación resulta a todas luces insuficiente; la que alguna vez fue una sólida y potente red de servicios públicos de salud y seguridad social se encuentra hoy día en medio de un creciente estado de deterioro, y el acceso de la población a lo que queda de ella disminuye día con día (Leal y Martínez, 2002). Pero el punto que quiero enfatizar es que el caso que aquí presento es el de una de las regiones más favorecidas dentro del contexto mexicano.

Para analizar el preocupante panorama de la problemática de salud de la población de 15 a 64 años en esta región voy a comenzar con una rápida mención a los niveles de la mortalidad por grupos de edad y sexo, para concentrarme luego en el perfil de la patología que está ocasionando las defunciones en este grupo, de cual forman parte tanto los económicamente activos, de quienes depende la subsistencia cotidiana de las familias, como los económicamente inactivos que contribuyen a ésta con su quehacer y, si se toma como punto de referencia la fisiología femenina, se trata simultáneamente de las personas en edad reproductiva.

Aún cuando lo que más preocupa con este grupo de edad es la complejidad de la problemática de salud que conduce a sus integrantes a la muerte en una etapa relativamente temprana de la vida, cuando se revisan los niveles de mortalidad por grupos de edad y sexo lo que más llama la atención es, en primer término, que éstos no son bajos, en especial para los segmentos de 45 a 64 años (con una tasa de 8.64 por cada mil, para 2004); y en segundo término, la notable sobremortalidad masculina, que alcanza más del doble para quienes se encuentran entre los 15 y los 44 años (SINAIS-SSA, 2006, CONAPO, 2006). En breve revisaré el tipo de padecimientos que dan lugar a estos decesos. Pero antes quisiera presentar una rápida síntesis del panorama de la mortalidad por causas en el DF.

Al agrupar las causas de defunción con el máximo nivel de agregación que permite la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (OPS, 1995), es posible observar que los problemas de salud que durante los últimos años (2000-2004) han conducido con mayor frecuencia a la muerte en esta entidad son los que corresponden a los capítulos de Enfermedades del Sistema Circulatorio (que dan cuenta de poco más de la cuarta parte de las defunciones), en su mayor parte enfermedades isquémicas cardíacas y problemas cerebrovasculares, como se constata cuando se revisan las versiones más desagregadas; Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas, cuya participación porcentual va en aumento (del 16 % en 2000 al 18 % en 2004), conjunto dentro del cual el padecimiento más frecuente es la diabetes mellitus; Tumores malignos (14 %) cuyas localizaciones de mayor frecuencia varían según los grupos de edad; Enfermedades del Sistema Digestivo (alrededor de 10 %), capítulo en el cual figura en forma preponderante la cirrosis hepática; y las llamadas Causas Externas de Mortalidad (alrededor del 8 %), entre las cuales destacan los homicidios y los accidentes (SINAIS-SSA, 1996).

Un examen de la distribución de la mortalidad por causas para cinco grandes grupos de edad (0 a 14, 15 a 29, 30 a 44, 45 a 64 y 65 años o más)⁷ en el año de 2004 muestra cómo

⁷ Evidentemente, los cortes de edad aquí utilizados están hechos para concentrar la atención en el problema que analizamos. De ahí la enorme agregación de grupos con niveles y perfiles de mortalidad tan contrastantes como la que se hace al conjuntar a la población de 0 a 14 años, ya que ésta no constituye por ahora nuestro foco de atención.

la población del DF va pasando, a lo largo de su vida, a través de diversas modalidades de riesgo que no son de fácil abordaje ni preventivo ni médico. Las afecciones perinatales, malformaciones congénitas y problemas respiratorios (estos últimos predominantemente infecciones) amenazan sus primeros años de vida. Durante la etapa productiva y reproductiva, los jóvenes y los adultos han de ser sortear las llamadas causas externas (sobre todo homicidios y accidentes, aunque no dejan de figurar los suicidios), las enfermedades del sistema digestivo (la cirrosis hepática como la más frecuente) y las neoplasias, que amenazan desde temprano. Y los padecimientos del sistema circulatorio (sobre todo problemas cardiovasculares y cerebrovasculares), las endocrinopatías (destacadamente la diabetes mellitus) y las neoplasias configuran la patología que con mayor frecuencia termina con la existencia de quienes logran sobrevivir más allá de los 65 años. Se trata, en su mayor parte, de problemas cuya prevención radical no es sencilla⁸ y cuya atención médica es de elevado costo, no digamos ya por las intervenciones que involucran la tecnología médica más avanzada, sino aún en la más modesta escala del “control” de aquellas que, tempranamente detectadas, así lo permiten, pero que requieren del consumo cotidiano de medicamentos que sobrecargan el de por sí magro presupuesto de las familias que constituyen el enorme contingente de la población urbana empobrecida (INEGI, 2005a).

Cuando se emprende la revisión más desagregada de las principales causas de defunción reportadas para el grupo de población en edad productiva en el DF, ciertos rasgos del panorama que acabo de describir siguen percibiéndose, en tanto que otros se afinan un poco más. Por ejemplo, puede observarse que para el año de 2004, aproximadamente la mitad de los residentes del DF fallecidos entre los 15 y los 64 años murieron por diabetes mellitus, enfermedad alcohólica y otras enfermedades hepáticas, infarto agudo del miocardio, accidentes (incluyo aquí los de todo tipo, aunque los más frecuentes fueron los de vehículos de motor) y tumores malignos (aún si se cuentan exclusivamente a los cinco más frecuentes) (cuadro 3).

Pero las principales causas de defunción para cada uno de los tres segmentos comprendidos dentro de este grupo (15 a 29, 30 a 44 y 45 a 64 años) exhiben variaciones que vale la pena considerar para auxiliarnos en la comprensión de los patrones de riesgo que en estos fallecimientos se están expresando, con la complejidad de las situaciones nosógenas a las cuales los habitantes de la ciudad se ven expuestos en cada etapa de su ciclo vital, y el tipo de servicios que el cuidado de su salud demandaría, y que habría que diseñar si es que pudiéramos avanzar hacia nuevos equilibrios entre la prevención y la cura (Martínez y Leal, 2002).

Así, podemos indicar que cerca de la quinta parte de los fallecimientos de jóvenes de 15 a 29 años residentes en el DF se debieron a accidentes, y en poco menos de otra quinta parte la causa del deceso fue el homicidio. Con frecuencias relativamente menores (de entre el 3 y el 5 % para cada una), las tres siguientes causas de muerte fueron el suicidio, otras violencias y el VIH-SIDA. Aún cuando este grupo de edad es el que exhibe las tasas de mortalidad más reducidas (alrededor de 1.6 por mil) tanto si se lo compara con la población en su conjunto como si se lo hace con el segmento que aquí examinamos, lo cierto es que las causas que los están llevando a la muerte exhiben con claridad los nada simples retos que implicaría ocuparse de los riesgos que se están materializando en estas defunciones.

En el grupo de los adultos de 30 a 44 años el perfil de causas de mortalidad es algo menos concentrado que en el grupo que acabamos de revisar (y también que en la generación que los precede, los de 45 a 64 años). Sin embargo, también aquí predominaron los accidentes

⁸ Cuando en las constelaciones causales el componente genético es importante, una verdadera prevención tendría que apostar a modificaciones ambientales radicales. Pero cuando estas últimas involucran los intereses de numerosos actores económicos, las medidas tienden a circunscribirse a la responsabilidad individual, cuyo margen de acción es ineludiblemente reducido.

como primera causa de fallecimiento (si bien en una proporción algo menor que observada en el grupo anterior). Su segunda causa de defunción fue, pese a lo relativamente jóvenes que aún eran, la diabetes mellitus. En tercer término, la enfermedad alcohólica del hígado y otras enfermedades que ocasionan cirrosis. La cuarta, una vez más, el homicidio, y la quinta, también en forma similar al grupo anterior, la enfermedad por VIH.

Cuadro 3
Cinco principales causas de defunción de la población en edad productiva
Distrito Federal, México, 2004

| Grupos de edad y principales causas | | Claves CIE-10 | No. | % | Tasas por 10,000 |
|---|--|---------------|-------|-------|------------------|
| 15 a 29 años | | | | | |
| 1 | Accidentes | (a) | 463 | 21.9 | 1.94 |
| 2 | Agresiones (homicidio) | X85-Y09 | 345 | 16.3 | 1.45 |
| 3 | Suicidios | X60-X84 | 118 | 5.6 | 0.49 |
| 4 | Otra violencia | Y10-Y36 | 72 | 3.4 | 0.30 |
| 5 | Enfermedad por VIH-SIDA | B20-B24 | 69 | 3.3 | 0.29 |
| | Las demás | | 1047 | 49.5 | 4.39 |
| | Total | | 2114 | 100.0 | 8.86 |
| 30 a 44 años | | | | | |
| 1 | Accidentes | (a) | 391 | 10.1 | 1.84 |
| 2 | Diabetes mellitus | E10-E14 | 347 | 8.9 | 1.64 |
| 3 | Enfermedad alcohólica y otras del hígado | K70, k71-76 | 329 | 8.5 | 1.55 |
| 4 | Agresiones (homicidios) | X85-Y09 | 290 | 7.5 | 1.37 |
| 5 | Enfermedad por VIH-SIDA | B20-B24 | 286 | 7.4 | 1.35 |
| | Todas las demás | | 2246 | 57.8 | 10.58 |
| | Total | | 3889 | 100.0 | 18.32 |
| 45 a 64 años | | | | | |
| 1 | Diabetes mellitus | E10-E14 | 2464 | 22.1 | 15.78 |
| 2 | Enfermedad alcohólica y otras del hígado | K70, K71-76 | 1190 | 10.7 | 7.62 |
| 3 | Infarto agudo del miocardio | I21-I22 | 1144 | 10.3 | 7.33 |
| 4 | Tumores malignos | (b) | 895 | 8.0 | 5.73 |
| 5 | Enfermedades cerebrovasculares | I60-I69 | 508 | 4.6 | 3.25 |
| | Otras | | 4936 | 44.3 | 31.61 |
| | Todas | | 11137 | 100.0 | 71.31 |
| Conjunto del grupo de 15 a 64 años | | | | | |
| 1 | Diabetes mellitus | E10-E14 | 2851 | 16.6 | 4.70 |
| 2 | Enfermedad alcohólica y otras del hígado | K70, K71-76 | 1696 | 9.9 | 2.79 |
| 3 | Infarto agudo del miocardio | I21-I22 | 1400 | 8.2 | 2.31 |
| 4 | Accidentes | (a) | 1247 | 7.3 | 2.05 |
| 5 | Tumores malignos | (c) | 1174 | 6.8 | 1.93 |
| | Las demás | | 8772 | 51.2 | 14.45 |
| | Total | | 17140 | 100.0 | 28.24 |

- (a) Incluye las claves: V01-V99, W00-W99, X00-X59 (accidentes de transporte, caídas y otros accidentes).
 (b) Incluye sólo los cinco más frecuentes: C50, C53, C16, C25, C22 (de mama, cérvicouterino, de estómago, de páncreas y de hígado y vías biliares).
 (c) Incluye sólo los cinco más frecuentes: C50, C53, C16, C34, C91-95 (de mama, cérvicouterino, de estómago, de pulmón y leucemias).

Fuente: Cálculos realizados a partir de las bases de datos de información sobre mortalidad 2004 (SINAIS-SSA, 2006). Los denominadores de las tasas son las proyecciones de población 2000-2005 de CONAPO.

En cuanto a la porción de más edad dentro del conjunto que aquí estamos considerando, los adultos de 45 a 64 años, para ellos la primera causa de muerte fue la diabetes mellitus. En segundo término, la enfermedad alcohólica y otras enfermedades del hígado. A continuación, los infartos agudos del miocardio, y en quinto lugar, la enfermedad cerebrovascular. Los tumores malignos, que no están ausentes en los grupos de edad anteriores, son rebasados en este grupo por los problemas de salud antes descritos, y aparecen aquí en el cuarto lugar, aún si me he circunscrito a contabilizar los cinco más frecuentes (pero si se incluyera a todos, podrían ocupar los primeros lugares ya desde los 30 a 44 años).

En síntesis, estos resultados sugieren que el tipo de patología que está conduciendo a la muerte hoy día a la población en edad productiva (y reproductiva) en contextos como el de la Ciudad de México no es ni de fácil prevención, ni de poco costosa atención. Se trata, además, de padecimientos que antes de conducir al desenlace fatal suelen transcurrir por largos y tortuosos cursos que deterioran la calidad de la vida cotidiana y la capacidad productiva de quienes los padecen. En cuanto a los accidentes, homicidios y suicidios, profundizar en la comprensión de la complejidad de las constelaciones de riesgo que en cada circunstancia específica los ocasionan tampoco es una tarea simple, pero de ella depende la posibilidad de fundamentar el diseño de modalidades adecuadas de prevención, y de idear medidas para disminuir la letalidad de los casos más graves (que sin duda son los que culminan en la muerte).

Examinemos, por último, la situación de las coberturas de salud y seguridad social. Porque si en algún momento los servicios de atención médica pueden jugar un papel que haga la diferencia en la cadena de sucesos que conducen de la exposición al riesgo a la enfermedad y finalmente a la muerte, es justo en el último tramo: el que impide o difiere el paso de la enfermedad a la muerte.

Cabe recordar que a partir de la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en los años cuarenta del siglo pasado, éste empezó a convertirse, paulatinamente, en uno de los principales proveedores de servicios públicos de atención médica de calidad en el país. Hacia mediados del siglo pasado surgieron, igualmente, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (Secretaría de Marina y Secretaría de Defensa), y otras instituciones al cuidado de la salud de los trabajadores de ciertas ramas de la economía, entre los cuales hoy día sobreviven los servicios de Petróleos Mexicanos. Esta red alcanzó a cubrir a aproximadamente la mitad de la población mexicana. El DF fue una de las entidades con mayor proporción de población cubierta dentro del contexto nacional, y para aquellos que no contaban con esta prestación, existían los grandes institutos nacionales cuya fama y prestigio se remontaban hasta el momento de su fundación, que en algunos casos se dio antes de mediados del siglo pasado. Estas instituciones públicas de atención médica se fueron convirtiendo en instalaciones para la atención más especializada, y en principio tenía acceso a ellas la población que quedaba al margen de la cobertura de la seguridad social. Sin embargo, en las décadas finales del siglo pasado, la cobertura de la seguridad social empezó a decaer al mismo ritmo en que lo hacía el empleo formal y la economía informal se transformaba en la nueva y precaria fuente de ocupación para un contingente cada vez más amplio de la población (INEGI, 2006a; Leal y Martínez, 2002). Al mismo tiempo, los recursos públicos para la atención médica se volvían cada vez más restringidos, y los institutos nacionales a verse cada vez con mayores dificultades para atender a la población de escasos recursos. El discurso preventivo, más allá de su innegable valor esencial, empezó a utilizarse para circunscribir las intervenciones a ciertas medidas de bajo costo y alto rendimiento, a la par que pareció renunciarse a asumir los grandes retos que planteaba sostener un frente curativo a la altura de las necesidades del perfil de daños a la salud que se iba gestando en el país. Y en

el mundo de la oferta de atención médica, se pretendió abrir espacio para la prestación de servicios privados, con la vana ilusión de un mercado potencial que muy pronto mostró que sólo podría circunscribirse a la muy reducida porción de la población de alto nivel adquisitivo. En los últimos años del siglo XX y los primeros del XXI, la población del país creció, al igual que el empleo precario y mal remunerado, pero no lo hizo así la cobertura de la seguridad social ni los recursos públicos para el cuidado de la salud. Ante este panorama, la pieza fundamental de la propuesta sanitaria del gobierno que está por terminar su gestión fue el así llamado Seguro Popular, que transformó una parte de los servicios que antes se ofrecían gratuitamente a la población al margen de la cobertura de la seguridad social en un muy limitado *paquete* de intervenciones que se adquiere, a la manera de los seguros privados, a cambio de un modesto pago a realizar por los supuestos beneficiarios, y a semejanza de aquellos, incluye unas cuantas intervenciones y, como es de imaginar, excluye la mayor parte de lo que la población requeriría para enfrentar un perfil como el que acabamos de revisar.

La situación en la que se encuentra, hoy día, la otrora afortunada población del DF, muestra dos rasgos claramente perceptibles (INEGI, 2006). El primero, que la mayor proporción de cobertura (que llega a alcanzar hasta un 70 %) se encuentra en los grupos de edad más avanzada (lo que sugiere que se trata de quienes años atrás tuvieron acceso al empleo formal con prestaciones como la seguridad social), en tanto que menos de la mitad de los integrantes de las generaciones más jóvenes se encuentran al margen de ésta. El segundo rasgo se refiere a la subdivisión que puede trazarse de la población en tres grandes segmentos, según su cobertura: uno es el conformado por quienes aún son derechohabientes de las instituciones de seguridad social (siempre con el IMSS a la cabeza) que, sin embargo, es un privilegio bastante relativo a causa de la falta de recursos y el deterioro en el que se encuentra la red. Este grupo está constituido por poco menos de la mitad de la población de la entidad (no rebasa al 49 %). A este conjunto podría añadirse el reducidísimo porcentaje (que se cuantifica en decimales, alrededor del 0.18%) de quienes logran tener acceso a otras instituciones públicas. Un segundo segmento está constituido por quienes tienen acceso a las instituciones privadas, quienes no va más allá del 5 % de la población.⁹ Y el tercero está integrado por la mitad de la población sin cobertura de atención médica, a una pequeña parte de la cual (alrededor del 2 %) se le ha vendido la expectativa de tenerla por la vía del Seguro Popular, cuyos escasísimos recursos permiten sostener que con una alta probabilidad esa expectativa será, en buena media, vana.

Conclusiones

La pregunta que este trabajo se propuso responder fue si las administraciones gubernamentales respectivas se están haciendo cargo en forma adecuada, suficiente y responsable del cuidado de la problemática de salud de las poblaciones aquí analizadas. Propusimos que, a nuestro juicio, el punto de referencia fundamental para evaluar el curso de las políticas de salud son los perfiles de daños a la salud, ya que es a la prevención y atención de la patología que lo constituye a lo que estas políticas tienen que responder. Nos centramos, para este análisis, en el grupo de la población en edad productiva. Las respuestas a las que nuestro análisis nos condujo fueron las siguientes:

- 1) La mortalidad por causa en los últimos años para los grupos de edad descritos en las ciudades estudiadas en cada país, muestra la prevalencia de patología originada en complejas constelaciones causales.

⁹ No me es posible aquí detallar la heterogénea composición del mundo de las instituciones privadas de atención médica, pero cabe señalar que su principal característica es la polarización, y quizá en segundo término su falta de regulación (Leal y Martínez, 2002).

- 2) La evolución de las coberturas y la calidad de la oferta de servicios de atención médica ofrecida a partir de las reformas de salud en estas dos naciones parece haberse deteriorado ostensiblemente.
- 3) Con base en esta revisión, encontramos altamente cuestionables las propuestas de las administraciones recientes debido a que:
 - a) se circunscriben a las actividades sanitarias más elementales y de menor costo (las así llamadas intervenciones “costo-efectivas”) que en realidad no asumen en forma cabal la instrumentación de una prevención real y suficiente;
 - b) pretenden una ampliación de las coberturas que no garantiza, en los hechos, el acceso a los servicios médicos al conjunto de la población, y garantizan todavía menos la calidad de los mismos;
 - c) se retiran del frente curativo, lo cual se expresa en la insuficiencia en el suministro de medicamentos y en la falta de acceso a los recursos diagnósticos adecuados para la población cubierta, y aún más, a la falta de acceso a los recursos terapéuticos oportunos necesarios para atender la patología detectada;
 - d) más allá del discurso, abandonan la aspiración a la cobertura universal, y
 - e) se olvidan de la necesidad de un programa adecuado de seguimiento y evaluación de sus servicios.
 - f) Van dejando cada vez más a cargo de los enfermos y sus familias el cuidado de padecimientos sumamente graves y de atención extremadamente onerosa.
 - g) Excluyen despreocupadamente del cuidado de la salud justamente a los grupos más vulnerables, en donde se presentan patologías sumamente graves y de alta letalidad.
 - h) Han conducido a profundizar aun más el ya de por sí inequitativo acceso al cuidado de la salud y atentan, así, contra el derecho fundamental a la salud de estas poblaciones.

Una atención responsable de los problemas que plantea un panorama epidemiológico como el que aquí se expone, requeriría de políticas de salud de una naturaleza muy diferente de las que han sido instrumentadas en las gestiones administrativas durante las últimas décadas en los dos casos bajo análisis.

Referencias bibliográficas

CONAPO, 2006. Proyecciones de la Población de México 2000-2050. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm> (citado el 18 de julio de 2006).

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Colombia. Acuerdo 72.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Colombia. Acuerdo 83.

DANE, 2004. Encuesta de calidad de vida Colombia 2003. Resultados para el distrito capital y sus localidades. Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Planeación Distrital, Bogotá 2004.

DANE, 2006. Reportes iniciales censo Colombia 2005. Estadísticas y resultados de Censos en www.dane.gov.co

DANE, 2006a. Proyecciones de población 1986 2014 Colombia y por departamentos en www.dane.gov.co

DANE, 2006b. Defunciones Colombia por grupo de edad y por sexo. Bases de datos por sitio de residencia por departamento y por municipio 2000 – 2004.

INEGI, 2005. Cuaderno Estadístico de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, edición 2005. Disponible en URL: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cem05/estatal/df/m001/index.htm> (citado el 25 de julio de 2006).

INEGI, 2005a. Encuesta de ingresos y gastos de los hogares del Distrito Federal 2004 (EIGH-2004). México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

INEGI, 2006. II Censo de Población y Vivienda 2005. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

INEGI, 2006a. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en URL: <http://www.inegi.gob.mx> (citado el 22 de julio de 2006).

INS, 1986. Estudio Nacional de Salud en Colombia. Volumen V. Pabón Rodríguez Aurelio, Ruiz Salguero Magda, La Mortalidad en Colombia. Bogotá octubre de 1986. Imprenta INS

Leal G, Martínez C, 2002. Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México. Papeles de población 8(34):107-134

Martínez Bejarano, Rubby Marcela, 2004. Equidad en Salud. Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento, Bogotá 2001. Editorial Universidad Externado de Colombia. Bogotá 2003.

Martínez C, Leal G, 2002. La prevención y la cura. En busca de nuevos equilibrios. En: Creatividad y quehacer científico en la UAM-Xochimilco 2001. México: UAM-X, págs 523-534.

Martínez C, Leal, G., 2005. El cuidado de la salud de la población urbana en condiciones de pobreza. Papeles de población 11(43):149-165.

Ministerio de Salud de Colombia. Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios. Bogotá 1993 – 2004. En www.minproteccionsocial.gov.co

OPS, 1995. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. v. 3. Lista tabular. Washington, D.C.: OPS, 1995. Publicación científica 554.

OPS, 1998. Estadísticas de Salud de las Américas. Edición de 1998. Publicación Científica N° 567. ISBN 92 75 31567 1.

PROFAMILIA, 2000. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Bogotá, 2000.

PROFAMILIA, 2005. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá, 2005.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004. Boletín de Estadísticas. Julio a diciembre de 2003. Citygraf impresores. Bogotá 2004. ISSN 1794-1873.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006. Bases de datos de defunciones 2000 – 2004.

Secretaria Distrital de Salud de Bogota, 2006a. Bases de datos población de Bogota por grupos de edad y sexo 2000 – 2004.

SINAIS-SSA, 2006. Base de datos de información sobre mortalidad 2000, 2001, 2002, 2003, 2004. México: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en URL: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/mortalidad.htm> (citado el 16 de junio de 2006).

Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, 2002. Boletín 09 - 2001. Bogotá 2002.

MESA POBLACION Y TRABAJO