

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

*INEQUIDADES EN SALUD Y MORTALIDAD MATERNA EN BOGOTÁ D.C. ENTRE LOS
AÑOS 2011 Y 2014*

FIDEL CADENA CUBIDES

DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO:

DRA. MARIA LUISA LATORRE

ASESOR:

Dr. LUIS JORGE HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA-ESCUELA DE GOBIERNO ALBERTO LLERAS CAMARGO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

BOGOTÁ D.C.

2016

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar inequidades en salud en la ocurrencia de casos de mortalidad materna en Bogotá durante el periodo comprendido entre el 2011 y 2014, para lo cual se hizo un estudio descriptivo en el que se analizaron los casos de mortalidad materna por localidad y redes integradas de salud de Bogotá a partir de fuentes secundarias. Se calculó el índice de Gini y de concentración. Los resultados mostraron que se registraron 140 muertes maternas, de ellas, el grupo de 30 a 34 años representó 23,57% de los casos y el grupo de los 20 a 24 años 17,86% de los casos ; el 23,57% curso hasta básica secundaria y el 12,14% hasta básica primaria. La mortalidad materna disminuyó en Bogotá, sin embargo se identificó inequidad en la afiliación al tipo de régimen en salud así como disparidades entre las localidades y por redes integradas de salud en cuanto a la ocurrencia de casos de muertes materna.

PALABRAS CLAVE: Inequidad, Desigualdades Sociales en Salud, Mortalidad Materna.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, es decir, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria, así mismo es conocido que el aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estratos tiene su expresión en las condiciones de salud (Álvarez, 2009; OMS, 2009). Es así como este trabajo identifica inequidades en salud asociadas a la ocurrencia de la mortalidad materna para el periodo comprendido entre 2011 y 2014 por localidades en Bogotá para lo cual se caracterizó la Razón de Mortalidad Materna entre localidades y a través de redes integradas de salud, así mismo indicadores sociales por localidades. Por lo tanto este trabajo aborda conceptos fundamentales del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y el estado actual de la mortalidad materna en el mundo, posteriormente se muestran los resultados encontrados así como la discusión de acuerdo a conceptos de inequidad en salud para finalmente hacer una recomendación en política pública.

Tabla de Contenido

Resumen	II
Introducción	III
Revisión de la Literatura	1
Propósito de la investigación.....	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Metodología	11
Resultados	14
Discusión.....	25
Conclusión.....	28
Recomendación	29
Referencias Bibliográficas	31
Apéndice.....	34

Revisión de la Literatura

Considerando que el eje central de este trabajo está orientado desde la equidad en salud, en primer lugar se hace un acercamiento a la salud materna desde el ámbito internacional, nacional y local para luego hacer un abordaje desde los Determinantes Sociales de la Salud:

Marco Conceptual

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es el cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por la autoridad sanitaria nacional. **Muerte materna** se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (CIE-10: O00-O99 (salvo O96-O97) y A34), pero no por causas accidentales o incidentales (OPS, 2015).

Mejorar la salud materna fue el quinto objetivo de Desarrollo del Milenio -ODM- y para conseguirlo los países se comprometieron a reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna (MM) en tres cuartas partes (Meta 5.A).

Según el informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015, la supervivencia materna ha mejorado significativamente desde que estos se adoptaron, señalando que entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna disminuyó en todo el mundo en un 45%, pasando de 380 a 210 muertes maternas por cada 100.000 niños nacidos vivos y resaltando que muchas regiones en desarrollo han hecho un progreso constante en la mejora de la salud materna, incluyendo las regiones con las

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

tasas de mortalidad materna más altas. Un claro ejemplo fue Asia meridional donde la tasa de mortalidad materna disminuyó en un 64% entre 1990 y 2013, y en África subsahariana cayó en un 49%. Este informe, además indicó que a pesar de este progreso, cada día cientos de mujeres mueren durante el embarazo o debido a complicaciones del parto, así mismo que en 2013, la mayoría de estas muertes se produjeron en regiones en desarrollo en las que la tasa de mortalidad materna es aproximadamente 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas y estimando que en todo el mundo en 2013 se produjeron 289.000 muertes maternas, lo que equivale a aproximadamente 800 mujeres que mueren cada día. Las muertes maternas se concentran en África subsahariana y Asia meridional, los que en 2013 sumaron el 86% de estas muertes a nivel mundial (Naciones Unidas, 2015).

En Colombia se planteó como meta reducir a 48,8 las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos durante el cuatrienio 2010-2014 (DNP, 2011) sin embargo, según datos reportados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y la organización de Seguimiento al Sector Salud en Colombia Así vamos en Salud, en el año 2013 la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 58.59 por cada 100.000 nacidos vivos, lo cual representa una disminución comparado con la tasa presentada en el año 2000; por otro lado, se muestran los departamentos de Vichada, La Guajira, Chocó, Guainía, Vaupés, Amazonas, Caquetá y Sucre para el 2013 como los que presentaron tasas de mortalidad materna por encima de 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, haciendo énfasis en los departamentos de Vichada y La Guajira los cuales mostraron tasas de 447.43 y 234.69 respectivamente y señalando que para el 2013 los departamentos que mantuvieron su Razón de Mortalidad Materna por debajo de 50 muertes por 100.000 NV dentro de los que se encuentra Bogotá D.C. además de Antioquia, Meta, Huila, Arauca, Tolima, y Caldas (Seguimiento al Sector Salud en Colombia Así Vamos en Salud, 2015).

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

La muerte materna, es una expresión de injusticia social. El 99% de estas mujeres viven y mueren en países en desarrollo (OMS, 2015) lo que traduce que las mujeres pobres presentan un mayor riesgo de morir en el embarazo, parto o puerperio, por lo que su análisis, implica considerar además de los factores biológicos y clínicos, aquellos aspectos culturales, económicos y geográficos que determinan que mujeres embarazadas de una misma sociedad mueran de manera inequitativa, buscando con ello que los servicios de obstetricia, brinden una atención a partir del análisis sobre la influencia que tienen los aspectos sociales en la muerte materna, ejercicio que busca una atención equitativa y de calidad (Mejía, Ortiz, Laureano, & E., 2013).

Si bien la mortalidad en general en América Latina ha disminuido en las últimas décadas, muestra claros excesos en comparación con regiones más avanzadas. La relación de la muerte con las condiciones socioeconómicas es bien conocida, aunque el modo de acción y el peso relativo de los diversos factores intervinientes es asunto no bien dilucidado. Por lo tanto es conveniente, analizar el conocimiento que existe sobre las características y la génesis de los diferenciales socioeconómicos de la mortalidad en América Latina, para explicar mejor la situación actual y sus perspectivas (Behm, 2011).

La mortalidad en una población es función de la frecuencia con que ocurre la enfermedad y de la probabilidad de morir del enfermo. Salud y enfermedad son dos instantes de un mismo y dinámico proceso. La muerte, como fenómeno individual, tiene determinantes biológicos, cuyos mecanismos constituyen la etiopatogenia de la enfermedad. Pero esta concepción biológica es insuficiente para explicar por sí sola la mortalidad considerada a un nivel colectivo. El enfoque multicausal de la epidemiología ha permitido describir la distribución y el curso de las enfermedades en la población: según esta concepción salud-enfermedad es un proceso que resulta del equilibrio entre el hombre, diversos factores patógenos externos y el ambiente físico, biológico

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

y social. Numerosos estudios han mostrado la relación de la enfermedad y la muerte con variables tales como el ingreso económico, la alimentación, el saneamiento, la educación, la atención médica, etc. Se ha demostrado también que todos estos factores, a su vez, están estrechamente correlacionados entre sí. Pero, en realidad, la distribución no igualitaria en la población de todos estos componentes de vida, no son sino la expresión visible, el eslabón medible, de una cadena causal que se genera en la organización social, económica y política. Los factores socioeconómicos juegan un papel más importante en la génesis de la mortalidad en los países de América Latina donde prevalece una mortalidad alta, en especial en los primeros años de vida, vinculada a causas previsible como desnutrición, diarreas y otras enfermedades infecciosas (Behm, 2011).

La conferencia de Alma Ata en 1978 la cual llevo a cabo un señalamiento fundamental al reconocer la salud como un objetivo social prioritario que demanda la acción de actores sociales, políticos y económicos para superar las inaceptables desigualdades sanitarias existentes entre países y dentro de ellos. Allí se reclamó la necesidad de establecer un nuevo orden económico internacional para proteger la salud, contribuir a una mejor calidad de vida, reducir las desigualdades y alcanzar el desarrollo económico y social (Mejia L. , 2013; Acero, 2013).

Por otro lado, en la conferencia de Ottawa en 1986, se afirmó que para alcanzar adecuadas condiciones de salud y bienestar físico, mental y social, los individuos y los grupos deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. Allí, la salud fue concebida como fuente de riqueza y el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. La educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad, un ecosistema estable y la paz, fueron considerados requisitos y determinantes fundamentales para proteger la salud y llevar una vida digna. Esta declaración

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

expresó claramente la idea de los Determinantes Sociales de la Salud, al señalar que los factores biológicos, políticos, económicos, sociales, culturales, de conducta y del medio ambiente pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud. Por ello declaró que la promoción de la salud es una forma de reducir las diferencias sanitarias y de proporcionar los medios para que todas las personas tengan igual oportunidad de alcanzar su máximo potencial en salud.

En la conferencia de Adelaida en 1988, se reafirmaron los contenidos de Alma Ata y de Ottawa y se ratificaron la justicia social y la equidad como requisitos para la salud. Su énfasis, fueron las políticas públicas para el cuidado de las mujeres, la buena nutrición, la vivienda digna, el ingreso adecuado y los entornos saludables (Mejía L. , 2013).

Algunos autores como Margaret Whitehead a comienzos de los años 1990 hicieron una estimación sobre las inequidades en salud como diferencias en salud que son innecesarias y evitables además de injustas y resaltando que la equidad en salud debería brindar la posibilidad de que cada persona pudiese tener una oportunidad justa de lograr su potencial en salud de forma completa (Whitehead, 1992).

Así mismo Whitehead recomendó 7 categorías para diferenciar entre las desigualdades en salud consideradas evitables, injustas e innecesarias y aquellas no evitables:

1. Las desigualdades naturales, propias de la variación biológica.
2. Las desigualdades generadas por el comportamiento de la Salud que dañan si se eligen libremente, como la participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. Las desigualdades generadas por la ventaja de salud transitoria de un grupo sobre otro, cuando ese grupo es el primero en adoptar una promoción de la salud.
4. Las desigualdades en el comportamiento de la Salud que dañan donde el grado de elección de estilos de vida está severamente restringido.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

5. Las desigualdades que resultan de la exposición a las condiciones de trabajo insalubres y a la vida estresante.
6. Las desigualdades en el acceso inadecuado a otros servicios públicos esenciales y de salud.

Las desigualdades que son generadas por la selección natural o la movilidad social relacionada con la salud que implica la tendencia de las personas enfermas a moverse hacia abajo en la escala social.

Las categorías 1, 2 y 3 no las clasifica como desigualdades evitables en salud. Las derivadas de las categorías 4, 5 y 6 las consideraran como injustas y la numero 7 la considera evitable e injusta.

Una desigualdad es innecesaria, cuando no debería existir en una sociedad, es considerada injusta cuando atenta con la noción justicia en la cual, cualquier persona independiente de su condición social tiene derecho a la salud y es evitable en la medida en que una sociedad adopte acciones o políticas de salud encaminadas a eliminar o erradicar problemas de salud de manera transversal.

Las anteriores desigualdades consideradas innecesarias, injustas y evitables se conocen como inequidades (Whitehead, 1992).

Las condiciones económicas y sociales tienen un efecto importante en la salud y las enfermedades, por lo tanto estas relaciones deben ser objeto de investigación científica, además la salud pública debe conducir necesariamente a la intervención en la vida social y política para identificar y eliminar los obstáculos que atentan contra la salud de una determinada población. Las investigaciones actuales se centran en estudiar las formas en que los determinantes sociales de las desigualdades de salud afectan los grupos sociales (Behm, 2011; Pellegrini, 2011).

Esta discusión social una vez más tuvo un lugar destacado en la agenda política del sector de la salud en 2005, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el objetivo de promover, a nivel internacional, el

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales en la situación de salud de los individuos y de las poblaciones y sobre la necesidad de luchar contra las desigualdades en salud producidos de esta manera. Esta comisión se encarga de recopilar, sistematizar y sintetizar datos sobre los Determinantes Sociales de la Salud y su impacto en las desigualdades en salud, así como la producción de recomendaciones para la acción. Para la Comisión, "los Determinantes Sociales de la Salud están constituidos por los determinantes estructurales y las condiciones de vida del día a día y son responsables de la mayoría de las desigualdades en salud entre y dentro de los países (Garbois, 2014).

El modelo de determinantes sociales resalta la importancia en los contextos socio-económicos y políticos, así como, en los determinantes estructurales que pueden originar las desigualdades en salud.

Los determinantes estructurales de acuerdo con la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud son “aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos (OMS, 2011).

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (OPS, 2012).

Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud para producir resultados de salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud (OPS, 2012).

Las tres recomendaciones fundamentales según informe de la CDSS son: la mejora de las condiciones de vida, frente a la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir el problema y evaluar el impacto de la acción. Las recomendaciones captan bien los aspectos técnicos, políticos y sociales de este compromiso.

- La evidencia científica que identifican los mecanismos a través que las causas básicas producen desigualdades en salud, y por lo tanto nos informan dónde y cómo intervenir para reducir estas desigualdades;
- La coordinación intersectorial para el trabajo conjunto de varios sectores relacionados con los determinantes sociales de la salud, así como los diferentes niveles de gobierno (federal, estatal, municipal) y los diferentes poderes del Estado (ejecutivo, legislativo y judicial);
- Participación social amplia para asegurar el apoyo político para la redistribución del poder y los recursos (Behm, 2011; Pellegrini, 2011).

Por lo tanto, en respuesta al movimiento mundial en el ámbito Determinantes Sociales de la Salud provocada por la OMS, la Comisión Nacional de Brasil sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS) fue creado en marzo de 2006. La CNDSS trajo la discusión sobre la necesidad de intervenir en los determinantes sociales en la búsqueda de la igualdad de la salud en la agenda política de Brasil (Garbois, 2014).

Así mismo en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, realizada en 2011 en Rio de Janeiro en Brasil se hace énfasis en la equidad social y sanitaria mediante la actuación

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

sobre los Determinantes Sociales de la Salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral (OMS, 2011).

Para el caso de Colombia muchos estudios han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud. Estas investigaciones en el caso colombiano, además de las dificultades teóricas que son comunes al estudio de los determinantes de las inequidades en general, presentan retos metodológicos, un ejemplo es el estatus socioeconómico puesto que la mayoría de estudios sobre determinantes de la salud utilizan como indicadores de estatus socioeconómico el ingreso, el nivel educativo o la ocupación, y en los últimos años aumentó el interés por la unidad de análisis vecindario que en nuestro caso podría ser el barrio, la comuna o la localidad. El reto es entonces empezar a conocer las particularidades de nuestras inequidades en salud y sus determinantes, que seguramente se comportan de manera distinta y tienen efectos diferentes a las de otros países. Se requiere utilizar herramientas teóricas y metodológicas cuantitativas y cualitativas para indagar cómo la estructura de nuestra sociedad nos enferma y nos mata de manera desigual (Álvarez, 2009).

Propósito de la investigación

El propósito de este trabajo es hacer una recomendación de política pública a partir de la identificación de inequidades en salud en la ocurrencia de casos de mortalidad materna en Bogotá para el periodo comprendido entre el 2011 y 2014.

Objetivo General

Identificar inequidades en salud en la ocurrencia de casos de mortalidad materna en Bogotá durante el periodo comprendido entre el 2011 y 2014.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la ocurrencia de casos de mortalidad materna en Bogotá para el periodo comprendido entre 2011 a 2014.
- Describir variables socioeconómicas que puedan ser determinantes en la mortalidad materna en Bogotá.
- Recomendar un lineamiento de política pública.

Metodología

En este estudio de brechas de inequidad, se utilizaron fuentes de datos secundarias correspondientes a los reportes de la Secretaria Distrital de Bogotá y de la Encuesta Multipropósito de Bogotá para los años 2011 y 2014.

Variables

Variable dependiente: Se utilizó la Razón de Mortalidad Materna (RMM) entendida como el número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, por cada 100.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica (OPS, 2015), para el presente trabajo específicamente las localidades en Bogotá y para los años 2011 a 2014, procedente de las Series de Estadísticas Vitales de Información de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Variables independientes:

Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Permite captar la disponibilidad y el acceso a los servicios básicos mediante la evaluación de un conjunto de condiciones de vida, resumidas en cinco componentes los cuales son: viviendas inadecuadas; hogares con hacinamiento crítico; viviendas con servicios inadecuados; hogares con alta dependencia económica y hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela (Tabla No. 4, ubicada en el apéndice). Lo cual se realiza mediante la clasificación de un hogar como pobre por NBI si presenta al menos una de las condiciones descritas a continuación, o en miseria por NBI si presenta al menos dos de esas condiciones (Secretaria Distrital de Planeación Bogotá, 2015).

Índice de Condiciones de Vida (ICV): Es un indicador de estándar de vida que combina variables de acumulación de bienes físicos, medido a través de las características de la vivienda y acceso a los servicios públicos domiciliarios, el capital humano presente y potencial, dado por la educación del jefe del hogar y de los mayores de 12 años, así como el acceso de niños y jóvenes a los servicios escolares (Tabla No. 5, ubicada en el apéndice). Finalmente, con las variables de la composición del hogar como son el hacinamiento y proporción de niños menores de 6 años en los hogares. Las anteriores variables permiten apreciar qué tan bien o mal viven las personas de una zona geográfica, lo cual se resume en un número que varía entre 0 y 100 puntos. A mayor puntaje, las condiciones de vida son mejores para la población analizada (Secretaría Distrital de Planeación Bogotá, 2015).

Análisis estadístico

Análisis descriptivo con la caracterización de la mortalidad materna en Bogotá por localidades para el periodo entre 2011 y 2014, así mismo, en el marco del Proyecto que Reorganiza el Sector Salud en la ciudad, por medio del cual se crea la Red Integrada de Servicios de Salud conformada por 4 sub redes (Sur, Sur Occidente, Norte y Centro Oriente).

La medición de diferenciales de desigualdad social en salud, primero con la utilización de los Índices para categorías ordenadas, el Índice de GINI y el Índice de Concentración.

Se utilizó para el análisis estadístico de la segunda parte del estudio, el paquete estadístico EPIDAT en su versión 4.01 del año 2014, modulo 18 “Medición de desigualdades en salud” específicamente para desigualdades sociales en salud.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

La localidad 20 conocida con el nombre de Sumapaz, no se incluyó en la medición de desigualdades, debido a que la encuesta multipropósito no contaba con variables para esta localidad, ni tampoco se incluyó en la descripción por redes integradas en salud ya que para este modelo esta localidad es un modelo especial rural.

Este estudio tuvo el aval del comité de ética de la universidad de los Andes, considerado como un estudio sin riesgo.

Resultados

Durante el periodo 2011-2014 se registraron en Bogotá 140 muertes maternas; 41 casos en el 2011, 43 casos en el 2012, 26 casos en el 2013 y 30 casos en el 2014. La edad media de las mujeres fallecidas fue de 28,7 años (mínimo: 15; máximo: 47). La distribución de las edades por rango de edad materna al momento del fallecimiento se presenta en la tabla No. 1 con predominio de grupo de 30 a 34 años (23,57% de los casos) y de los 20 a 24 años (17,86% de los casos). En la tabla No. 2 se describe un aspecto social presente en las muertes maternas como lo es el nivel de educación. De las fallecidas el 23,57% curso hasta básica secundaria y el 12,14% hasta básica primaria.

Tabla No. 1. Mortalidad Materna por grupo de edad, Bogotá, Colombia 2011-2014.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15-19 años	23	16,43	16,43
20-24 años	25	17,86	34,29
25-29 años	23	16,43	50,71
30-34 años	33	23,57	74,29
35-39 años	24	17,14	91,43
40-44 años	11	7,86	99,29
45-49 años	1	0,71	100,00
TOTAL	140	100,00	

Fuente: Autor a partir de: Información de Vigilancia en Salud Pública-series de estadísticas vitales de la Secretaría de Salud de Bogotá y Registro de nacidos vivos Del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE RUAF ND.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

Tabla No. 2. Mortalidad Materna por nivel educativo, Bogotá, Colombia 2011-2014.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Básica primaria	17	12,14	12,14
Básica secundaria	33	23,57	35,71
Especialización	1	0,71	36,43
Maestría	2	1,43	37,86
Media académica	27	19,29	57,14
Media técnica	2	1,43	58,57
Normalista	1	0,71	59,29
Profesional	17	12,14	71,43
Sin información	32	22,86	94,29
Tecnológica	4	2,86	97,14
Técnica profesional	4	2,86	100,00
TOTAL	140	100,00	

Fuente: Autor a partir de: Información de Vigilancia en Salud Pública-series de estadísticas vitales de la Secretaria de Salud de Bogotá y Registro de nacidos vivos Del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE RUA FND.

Se realizó la caracterización de la Razón de Mortalidad Materna por cuartiles para cada año en el periodo de estudio 2011-2014 (Ver figuras 1, 2 3 y 4).

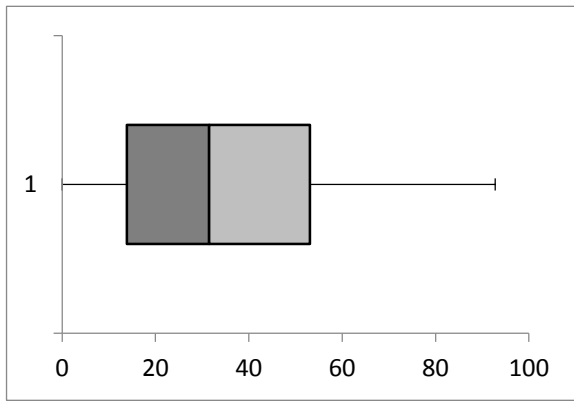


Figura No 1. Caracterización por cuartiles RMM por sitio de residencia para el año 2011.

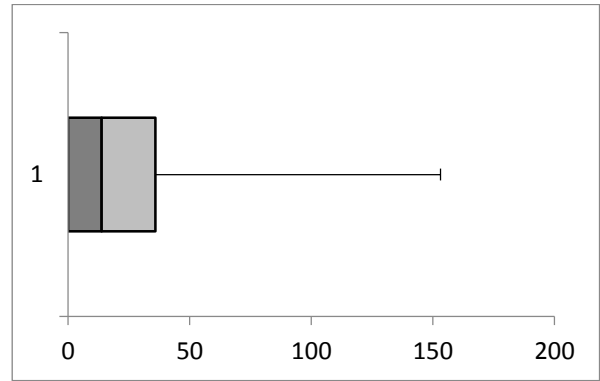


Figura No 3. Caracterización por cuartiles RMM por sitio de residencia para el año 2013.

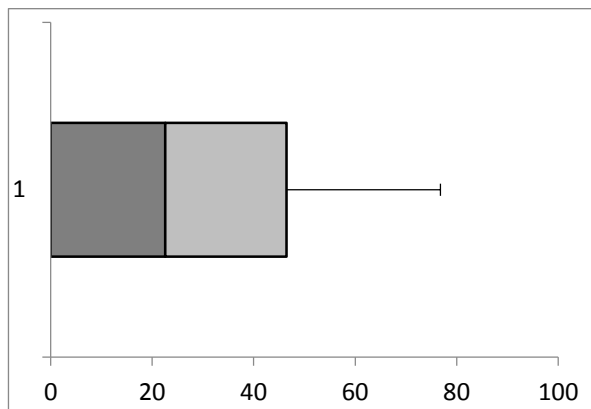


Figura No 2. Caracterización por cuartiles RMM por sitio de residencia para el año 2012.

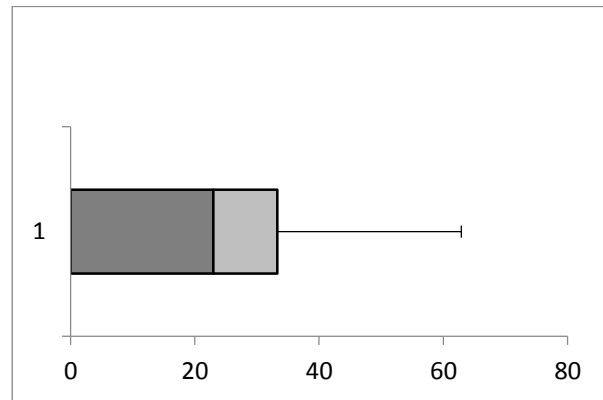


Figura No 4. Caracterización por cuartiles RMM por sitio de residencia para el año 2014.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

En cuanto a las muertes maternas por localidad se observó que para el periodo objeto de estudio las localidades con mayores casos de muertes maternas fueron Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba y bosa con 21, 20, 18 y 13 respectivamente (Ver figura 5).

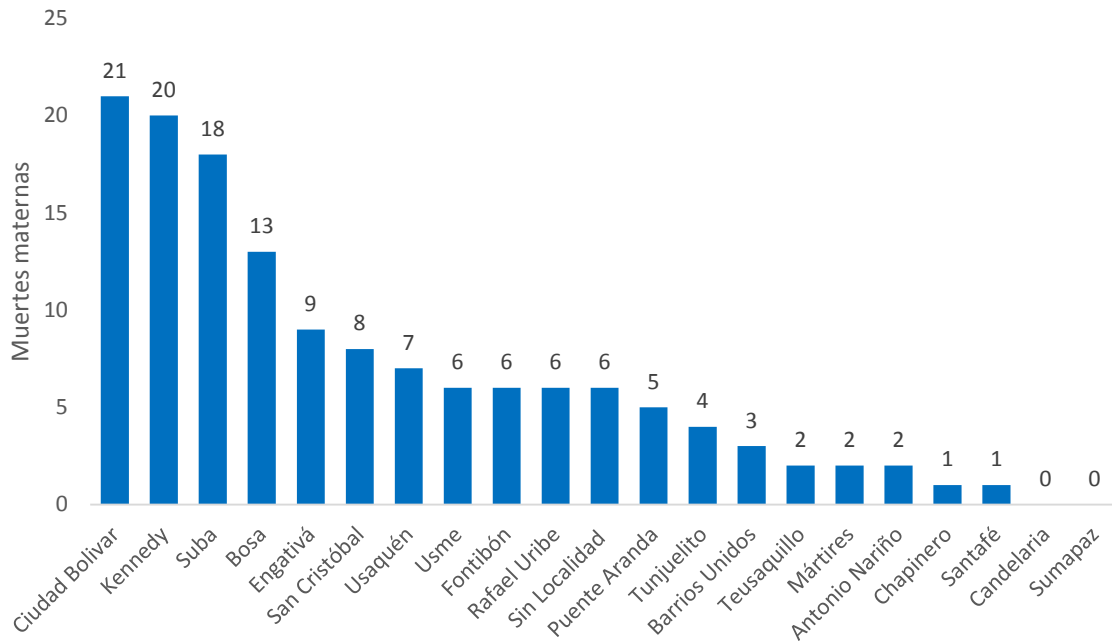


Figura No. 5. Muertes maternas en Bogotá por sitio de residencia para el 2011-2014.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

Tabla No. 3. Razón de Mortalidad Materna (RMM) por 100.00 Nacidos Vivos en las localidades de Bogotá para el periodo comprendido entre 2011 a 2014.

Bogotá	Nacido vivo				Número muertes				RMM por 100.000 NV			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Usaquén	5885	6226	5898	5969	4	1	0	2	68	16,1	0	33,3
Chapinero	1885	2082	1922	1918	1	0	0	0	53,1	0	0	0
Santafé	1554	1688	1613	1599	0	0	1	0	0	0	62	0
San Cristóbal	6909	6491	6026	6281	2	3	2	1	28,9	46,2	33,2	0
Usme	6097	6006	5555	5328	1	3	2	0	16,4	50	36	0
Tunjuelito	3105	2931	2943	2783	1	2	0	1	32,2	68,2	0	35,8
Bosa	10432	10393	10146	9877	2	6	1	4	19,2	57,7	9,9	40,1
Kennedy	15344	15621	15180	15030	7	4	5	4	45,6	25,6	32,9	33,3
Fontibón	4390	4427	4354	4361	2	1	2	1	45,6	22,6	45,9	23
Engativá	10207	9631	9369	9993	2	4	0	3	19,6	41,5	0	30,2
Suba	14436	14448	14473	14719	2	7	2	7	13,9	48,4	13,8	40,7
Barrios Unidos	1780	1679	1662	1613	1	0	1	1	56,2	0	60,2	62,9
Teusaquillo	1338	1218	1287	1444	1	0	0	1	74,7	0	0	62,9
Mártires	1211	1302	1207	1278	1	1	0	0	82,6	76,8	0	0
Antonio Nariño	1305	1120	1305	1278	0	0	2	0	0	0	153	0
Puente Aranda	3172	3042	3042	3152	1	1	2	1	31,5	32,9	65,7	31,9
Candelaria	305	387	337	408	0	0	0	0	0	0	0	0
Rafael Uribe	5964	5777	5784	5482	3	1	2	0	50,3	17,3	34,6	0
Ciudad Bolívar	10774	10757	9993	10580	10	5	3	3	92,8	46,5	30	28,4
Sumapaz	18	44	37	29	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin localidad	117	44	121	196	0	4	1	1	0	0	0	0
Total	106228	105.314	102.254	103.318	41	43	26	30	38,6	40,8	25,4	29

Fuente: Autor a partir de: Información de Vigilancia en Salud Pública-series de estadísticas vitales de la Secretaria de Salud de Bogotá y Registro de nacidos vivos Del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE RUAFND.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

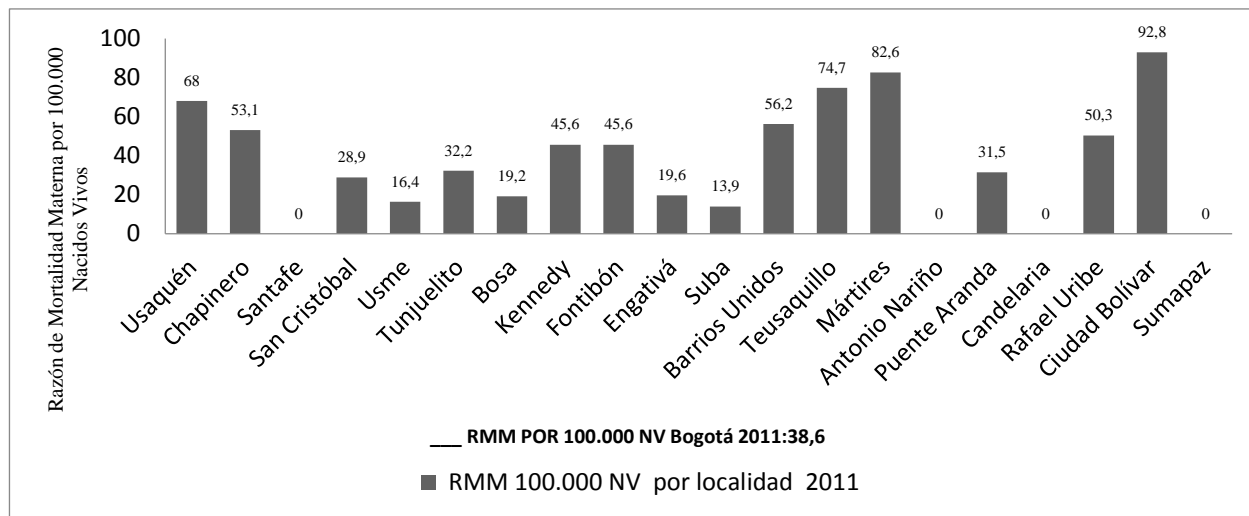


Figura No. 6. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos en Bogotá por sitio de residencia para el año 2011.

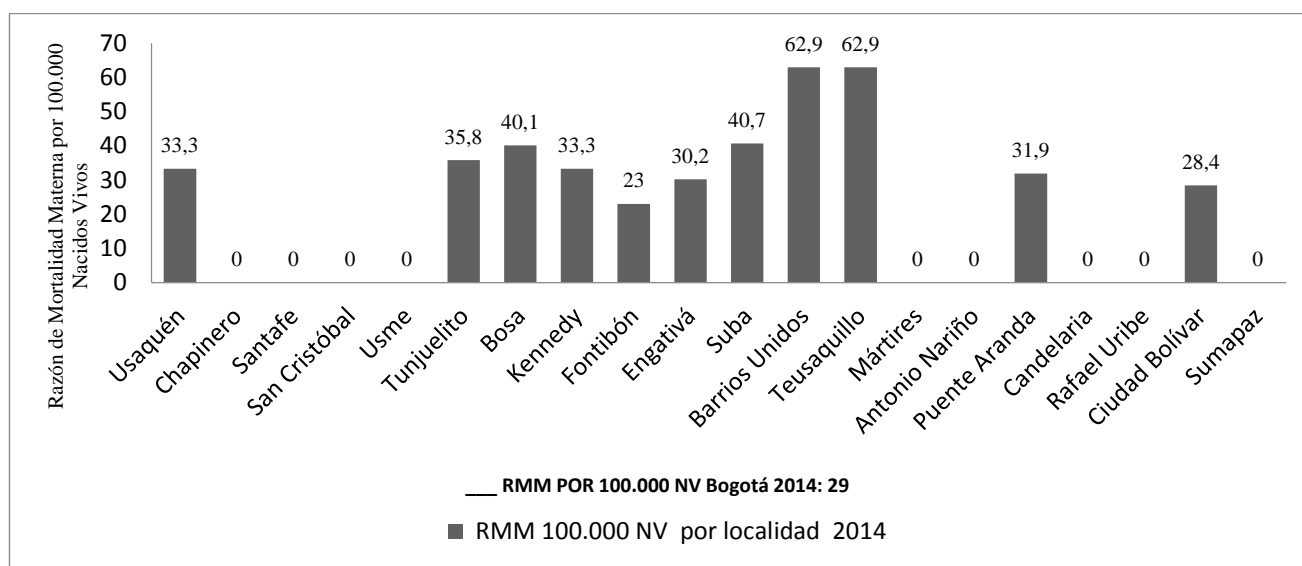


Figura No. 7. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos en Bogotá por sitio de residencia para el año 2014.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

La Razón de Mortalidad Materna por régimen de seguridad social en salud tuvo una disminución tanto en el régimen contributivo como el subsidiado para el 2014 con respecto al 2011 exceptuado la razón de no asegurados la cual si tuvo un aumento pasando de 35,8 a 80,9 como se observa en la figura 5.

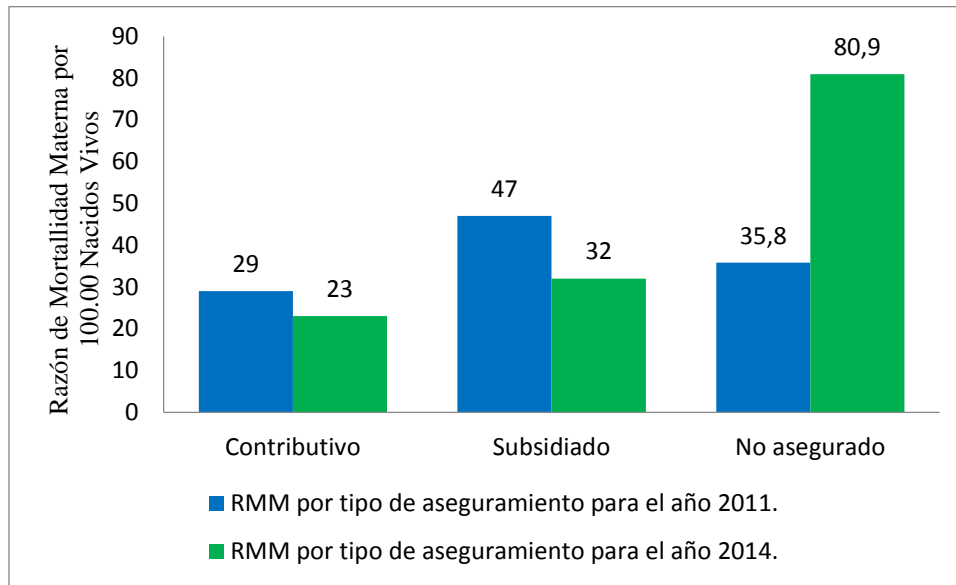


Figura No. 8. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos en Bogotá por tipo de aseguramiento para los años 2011 y 2014.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

Se construyó la Razón de Mortalidad Materna por redes integradas de servicios de salud el cual es un proyecto para el cuatrienio 2016-2019, y que consiste en una red distrital y cuatro subredes integradas las cuales son: red norte, red centro oriente, red sur occidente y red sur como se puede observar en la figura 9.

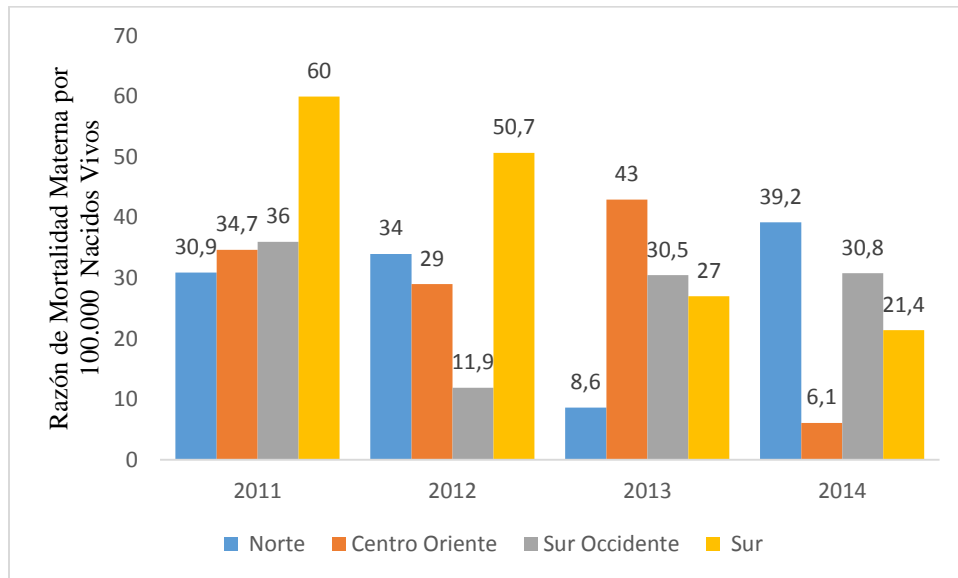


Figura No. 9. Razón de Mortalidad Materna por redes integradas de servicios de salud en Bogotá para los años 2011 a 2014.

Índice de Gini para la medición de desigualdades sociales en salud en la Razón de Mortalidad Materna en Bogotá para los años 2011 y 2014:

El Índice de Gini para los años 2011 y 2014 presentaron cambios pasando de 0.350 a 0.306 (Ver Figura No 10); es importante mencionar que tanto el índice de Gini, como el índice de concentración miden desigualdades en salud, el índice de concentración se diferencia en que toma una variable social para ordenar a la población.

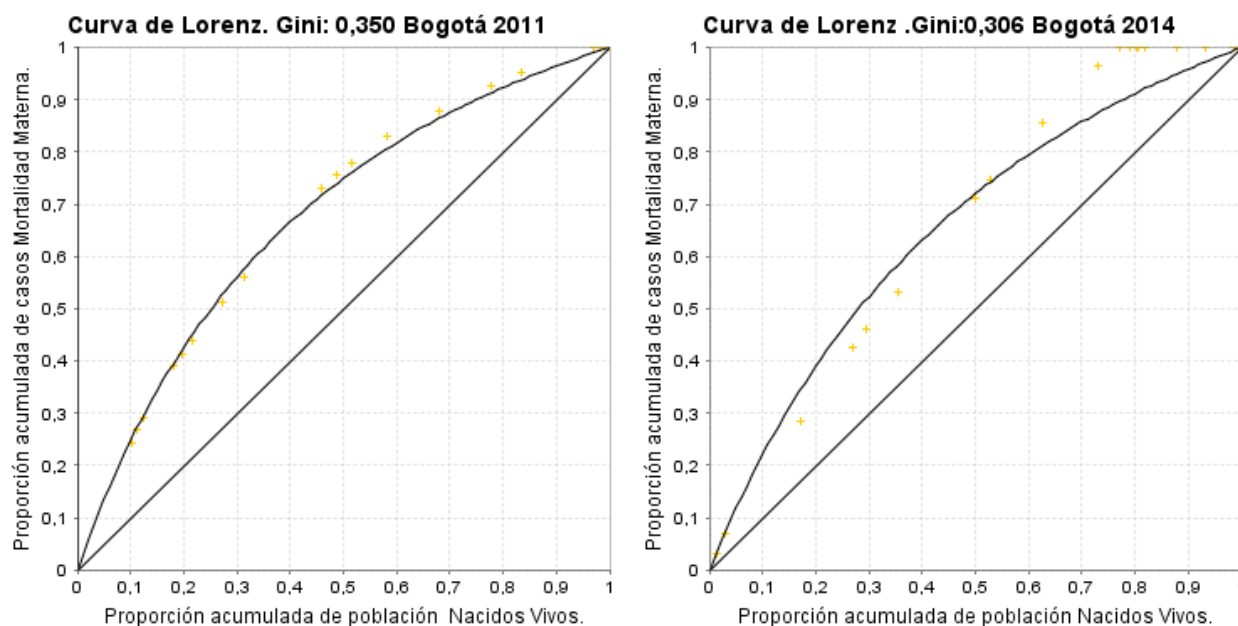


Figura No. 10. Curva de Lorenz e Índice de Gini de la Razón de Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos vivos en Bogotá para los años 2011 y 2014.

Índice de Concentración para la medición de desigualdades sociales en salud en la Razón de Mortalidad Materna en Bogotá para los años 2011 y 2014

El Índice de Concentración se calculó ordenando la RMM por localidades, desde la localidad más pobre, a la menos pobre por NBI, siendo de -0,135 para el 2011 y 0,150 para el 2014 (Ver Figura No 11).

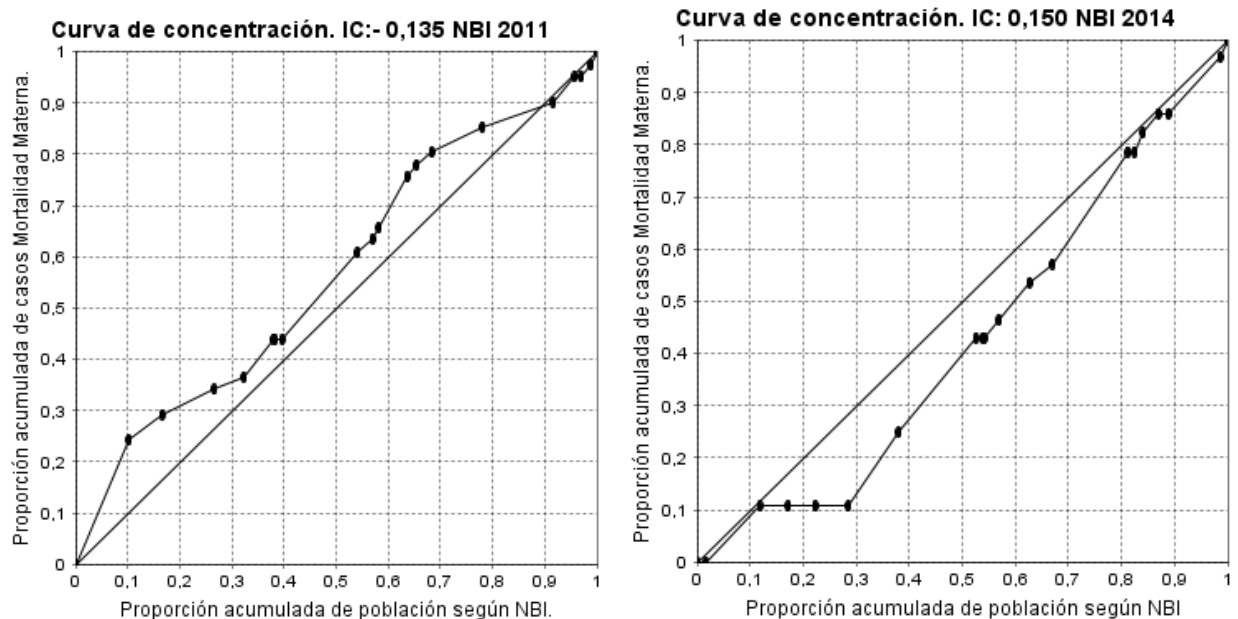


Figura No. 11. Curva e índice de concentración de la Razón de Mortalidad Materna según necesidades básicas insatisfechas en Bogotá para los años 2011 y 2014.

Así mismo se realizó el índice de concentración utilizando el Índice de Condiciones de Vida, el cual fue de 0,039 para el 2011 y -0,142 para el 2014 (Ver Figura No 12).

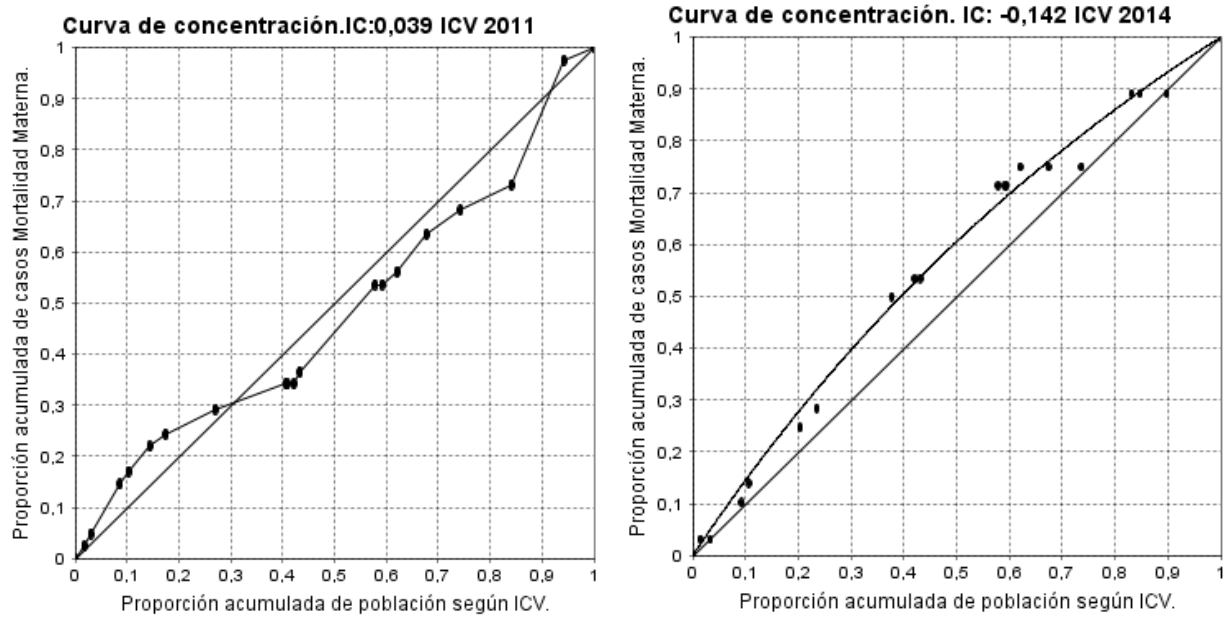


Figura No. 12. Curva e índice de concentración de la Razón de Mortalidad Materna según índice de condiciones de vida en Bogotá para los años 2011 y 2014.

Discusión

Este trabajo tuvo como propósito identificar inequidades en salud en la ocurrencia de casos de mortalidad materna en Bogotá durante el periodo comprendido entre el 2011 y 2014 y entre las localidades que dividen administrativamente a Bogotá y por redes integradas de salud en el marco del proyecto de reorganización al sector salud.

En relación al grupo de edad y las muertes maternas, el de 30 a 34 años presentó más casos comparado con los otros grupos, representando el 23,57% de las muertes para este cuatrienio, sin embargo al observar el porcentaje acumulado de los grupos de 15 a 19 años y 20 a 24 años, estos representan el 34,29% de las muertes maternas lo que muestra que gran parte de las muertes maternas para el periodo de estudio ocurrieron en mujeres menores de 24 años.

En cuanto al nivel educativo de las fallecidas es importante resaltar que el 35,71% tan solo habían cursado básica primaria y básica secundaria como mínimo, resaltando que algunas investigaciones han descrito que el bajo nivel educativo se asocia a un mayor riesgo de muerte durante el periodo de gestación y señalan que una mujer sin preparación no reconoce los signos de alarma o busca tardíamente la atención hospitalaria, haciendo evidente la necesidad de focalizar las acciones de educación para la salud desde el primer nivel de atención donde las pacientes llevan su control prenatal (Mejía M. O., 2013).

Lo anterior es importante si se tiene en cuenta que en países como Colombia y México, las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel de educación alto independientemente de la edad o sexo (OPS, 2012).

Este trabajo mostró la brecha existente en la mortalidad materna entre las localidades de Bogotá, revelando que si bien la Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos ha

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

disminuido de un año a otro, esta disminución no se ha dado en la misma medida entre sus localidades ya que se observa que hay localidades en las que hubo un aumento entre el 2011 y 2014 como Bosa, Engativá, Suba, Barrios Unidos.

Al realizar la división de la Razón de Mortalidad Materna por localidad por cuartiles para cada uno de los años objetos del estudio se observó que para el año 2011 el 25% de las localidades reportaron razones de mortalidad materna menores o iguales a 13.9 por 100.000 nacidos vivos lo que corresponde a las localidades de Santafé, Antonio Nariño, Candelaria, Sumapaz, Suba y “sin localidad”; el 50% de las localidades presentaron razones inferiores o iguales a 31.5 casos por 100.000 nacidos vivos y el 75% presentaron razones de mortalidad materna inferiores o iguales a 53.1 casos por 100.000 nacidos vivos, así el cuarto cuartil con las razones iguales o mayores a 53.1 por 100.000 nacidos vivos estuvo conformado por las localidades de Chapinero, Barrios Unidos, Usaquén, Teusaquillo, Mártires y Ciudad Bolívar .

Referente a los años 2012, 2013 y 2014 a diferencia del año 2011 el 25% de las localidades reportan razones de cero casos por 100.000 nacidos vivos, así mismo para estos tres años el 50% de las localidades presentaron razones inferiores o iguales a 22.6, 13.6 y 23 respectivamente lo que muestra que en el 2013 hubo disminución en el 50% de las localidades y la distribución de razón de mortalidad materna; el 75% durante estos tres años mostraron razones de mortalidad materna superiores o iguales a 46.5, 36 y 33.3 respectivamente, lo cual muestra una disminución en la distribución de la razón de mortalidad materna para la ciudad de Bogotá.

En cuanto a la mortalidad materna por régimen de afiliación si bien se destaca que hubo una disminución de la Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos tanto en el régimen contributivo y subsidiado en el año 2014 con respecto al 2011, llama la atención que hubo un aumento considerable en la RMM en los no afiliados ya que paso de 35,8 a 80,9 lo cual es un

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

aspecto es importante si se considera el bajo nivel de estudios y no tener ningún tipo de seguridad social, incrementa los riesgos de una muerte materna debido a las dificultades de acceso oportuno a las unidades de atención (Mejía M. O., 2013).

Al construir la RMM por redes integradas de salud se pudo observar para el 2011 un aumento de la RMM entre una red y otra, red norte, centro oriente, sur occidente y sur cuyo valor fue de 30,9 ; 34,7; 36 y 60 por cada 100.000 Nacidos Vivos respectivamente . Para el año 2014 se observa una disminución en la RMM en todas las redes excepto en la red norte la cual paso de 30.9 en 2011 a 39,2 en el 2014.

Según Sandoval & Eslava existe una gran brecha en Colombia en la mortalidad materna entre los departamentos, y entre Colombia comparada con los mejores países del mundo en mortalidad materna, lo que refleja que la disminución de la mortalidad materna en Colombia no se ha dado en la misma medida como ha ocurrido con los otros países del mundo, y que dentro de Colombia, la disminución no ha sido igual para todas las regiones e incluso se evidencia un empeoramiento en algunas (Sandoval & Eslava, 2013).

Por su parte Nájera & Tuesca señalan que en Colombia las desigualdades relacionadas con la mortalidad materna en general podrían deberse a las condiciones socioeconómicas de los departamentos, el bajo nivel de escolaridad predominante, la deficiente calidad de los servicios de salud y la inadecuada disposición de políticas incluyentes que garanticen la atención de las poblaciones vulnerables (Nájera & Tuesca, 2015).

Conclusión

Al realizar la evaluación de la inequidad en mortalidad materna en las localidades de Bogotá y por redes integradas de salud para el periodo comprendido entre los años 2011 y 2014, se encontró que si bien Bogotá cumplió con la meta planteada para Colombia de reducir a **48.8** las muertes maternas por cada 100.000 Nacidos Vivos para este cuatrienio, aún existen problemas de equidad en la afiliación al tipo de régimen en salud; de igual forma se observa que entre la localidades de la ciudad existen disparidades en cuanto la ocurrencia de casos de muertes maternas, lo cual son aspectos que explican que mujeres en edad fértil no estén afiliadas a ningún sistema de seguridad social y por lo tanto no tengan acceso a los servicios de salud; esto no permite generar un clima de optimismo respecto a la mejora homogénea de la situación de la maternidad en Bogotá.

Recomendación

Si bien la Razón de Mortalidad Materna ha disminuido para el cuatrienio 2011-2014 se ha de brindar especial atención a la eliminación de las disparidades que padecen los subgrupos vulnerables; aplicar un enfoque de abordaje multisectorial haciendo énfasis en la eficacia de la aplicación a todos los niveles que dé cuenta de los factores contextuales, la dinámica del sistema de salud y los determinantes sociales de la salud.

Abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en la calidad de los mismos y garantizando una cobertura sanitaria para la atención integral de la salud reproductiva, materna y neonatal.

Bogotá está realizando el abordaje de la gestión integral del riesgo en salud por medio de la incorporación en sus políticas públicas del modelo de Atención Primaria en Salud “TERRITORIOS SALUDABLES” esta manera de abordar el manejo del riesgo permite impactar positivamente en el resultado en salud, si bien se observa en el trabajo una reducción en la Razón de Mortalidad Materna por cada 100.000 Nacidos vivos en el periodo 2011 a 2014 , es necesario la reestructuración del mismo debido a que se observa un aumento en la región norte de acuerdo a la redistribución de las redes de prestación de servicios de la RMM, la recomendación propuesta integra las acciones de gestión integral de riesgo en tres acciones:

1. Implementar rutas de atención integral en salud materna en donde se realicen acciones de canalización , que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud, logrando que la puerta de entrada al sistema no sean los servicios de salud.

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

2. Mejorar los procesos de monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud, por medio de indicadores que permitan evaluar si los servicios obtenidos se ofrecen de manera eficiente.
3. Incorporar a la gestión integral de salud las acciones de promoción de la salud, entendida como un plan de beneficios complementario al POS, esto se logra al permitir que las acciones dirigidas a este grupo poblacional sean coordinadas intersectorialmente. (acuerdos entre las EPAB, ente territorial y asociaciones de usuarios).

Una recomendación a la Política de Atención Integral en Salud “PAIS” es hacer énfasis en las acciones de promoción de la salud, puesto que este modelo si bien permite la gestión de riesgo colectivo, no es claro el proceso de gestión de la salud pública, se recomienda que para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud y permitir alcanzar los objetivos del PDSP 2012 -2021 como son cero tolerancia a la mortalidad evitable, se definan un verdadero cambio en la gestión de riesgo colectivo, esto se logra al incorporar competencias claras en esta acción y no dejar que las acciones sean direccionadas como se ve en este modelo de atención, a la gestión individual del riesgo.

Referencias Bibliográficas

- Acero, M. C. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Facultad Nacional de Salud Pública*, S103-S110.
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (17): 69-79.
- Behm, H. (2011). Determinantes económicos y sociales de la Mortalidad en América . *SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, 7(2):231-253.
- DNP. (2011). *DNP: Departamento Nacional de Planeación* . Recuperado el 15 de Enero de 2016, de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND2010-2014%20Tomo%20I%20CD.pdf>
- Garbois, J. (2014). Social determinants of health: the “social” in question. *Saude soc. vol.23 no.4* .
- Mejía, L. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, S28-S36.
- Mejía, M. O. (2013). Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente. Jalisco, México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(6): 419 - 424.
- Mejía, M., Ortiz, R., Laureano, J., & E., C. E. (2013). Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2013*; 78(6): 419 - 424.
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2015*. Nueva York.
- Nájera, S., & Tuesca, R. (2015). Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010–2012. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5).
- OMS. (2009). *Organización Mundial de la Salud, 62 Asamblea Mundial de Salud, Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre*. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

- OMS. (2011). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Enero de 2016, de Declaración política de Río sobre determinantes sociales en salud: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- OMS. (Noviembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 26 de Enero de 2016, de Mortalidad Materna, Nota descriptiva N°348: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OPS. (2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Salud en las Américas; Volumen Regional; Determinantes e inequidades en salud.: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=
- OPS. (Junio de 2015). *Organización Panamericana de la salud. Unidad de Información y Análisis de Salud (HA)*. Recuperado el 04 de 03 de 2016, de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/jcadenac/Mis%20documentos/Downloads/glosario-spa-2014.pdf>
- Pellegrini, A. (2011). Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 2: S135-S140*.
- Sandoval, Y., & Eslava, J. (2013). Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. *Revista de Salud Pública; Instituto de Investigaciones Clínicas; Facultad de Medicina; Universidad Nacional de Colombia, 529-541*.
- Secretaria Distrital de Planeación Bogotá. (2015). *Encuesta Multipropósito 2014 . Principales resultados en Bogotá y la Región*. Obtenido de http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta_Multiproposito_2014/Resultados_2014/Boletin_Resultados_Encuesta_Multiproposito_2014.pdf
- Seguimiento al Sector Salud en Colombia Así Vamos en Salud. (2015). *Seguimiento al Sector Salud en Colombia Así Vamos en Salud*. Recuperado el 6 de Febrero de 2016, de <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/9>

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

Whitehead, M. (1992). *The concepts and principles of equity and health. International journal of health services.* Recuperado el <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursosDDS/cursoseng/Textos%20Completos/the%20concepts%20and%20principles%20of%20equity%20and%20health.pdf> de 02 de 2016

Apéndice

Tabla No 4. Componentes del índice de Necesidades Básicas Insatisfechas

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
Vivienda Inadecuada	<p>Recoge las características físicas que clasifican una vivienda considerada inadecuada para el alojamiento humano. Para la zona urbana, incluye viviendas móviles, refugio natural o puente o viviendas sin paredes o con paredes exteriores de zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plásticos o viviendas con pisos en tierra. En la zona rural comprende: viviendas móviles, refugio natural o puente, viviendas sin paredes o con material semipermanente o perecedero (bahareque, guadua, caña, o madera) y que simultáneamente tengan pisos en tierra.</p>
Vivienda con hacinamiento crítico	<p>Intenta captar los niveles críticos de ocupación de los recursos de la vivienda por el grupo que la habita. Se considera en hacinamiento crítico las viviendas con</p>

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

	más de tres personas por cuarto
Viviendas con servicios inadecuados	Expresa en forma más directa el no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas. Para la zona urbana, incluye viviendas sin sanitario o que carecen de acueducto y se proveen de agua de río, quebrada, manantial, nacimiento, carrotanque o de la lluvia. En la zona rural comprende: viviendas que carecen de sanitario y acueducto y se aprovisionan de agua de río, quebrada, manantial, nacimiento o de la lluvia
Vivienda con alta dependencia económica	Este es un indicador indirecto de los niveles de ingreso. Considera a las viviendas con más de tres personas por miembro ocupado, cuyo jefe haya aprobado como máximo dos años de educación primaria
Vivienda con niños en edad escolar que no asisten a la escuela	Mide la satisfacción de necesidades educativas mínimas para la población infantil. Incluye viviendas con por lo menos un niño entre 7 y 11 años, pariente

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

	del jefe y que no asista a un centro de educación formal.
--	---

Fuente: Encuesta Multipropósito 2014. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Planeación.

Tabla No 5. Componentes del índice de Condiciones de Vida.

FACTOR	DESCRIPCIÓN
1. Acumulación de capital humano.	Se mide por los niveles de escolaridad en el núcleo familiar. Como variables se utiliza el número de años de educación alcanzados por el jefe del hogar, la escolaridad promedio de las personas de 12 y más años, la proporción de jóvenes entre 12 y 18 años que asisten a secundaria o a la universidad y la proporción de niños entre 5 y 11 años que asisten a un establecimiento educativo.
2. Capital social básico.	Se mide por la composición del hogar. Como variables se utiliza la proporción que representan los niños menores de 6 años en la conformación del hogar y la relación de personas por cuartos disponibles

Inequidad y Mortalidad Materna en Bogotá

3. Acumulación colectiva de bienes	Hace referencia a la infraestructura de servicios públicos. Se mide por el acceso y la calidad de los servicios. Como variables se utilizan la disponibilidad y características de los servicios sanitarios, fuentes de agua para consumo humano, el combustible utilizado para cocinar y el sistema de recolección de basuras.
4. Acumulación individual de bienes materiales	Se mide por la calidad de la vivienda. Como variables se utiliza la calidad del material de los pisos y las paredes en las viviendas.

Fuente: Encuesta Multipropósito 2014. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Planeación. Veeduría Distrital 2011.