

Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano

Social determinants of health: analysis from the colombian context

Zenén Carmona-Meza¹, Devian Parra-Padilla²

Resumen

Un amplio e interesante desarrollo académico, junto a una creciente preocupación y conciencia, se ha evidenciado durante las últimas décadas respecto a la influencia de los factores sociales, económicos y culturales sobre la salud. El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud (es decir, las diferencias de salud por grupo racial o étnico o por factores socioeconómicos como ingresos y educación) para los hacedores de políticas públicas y la sociedad en general a causa de cierto grado de escepticismo acerca de la idoneidad de los criterios tradicionales de abordaje del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, la relación entre los factores sociales y de salud no son sencillos, pues existen múltiples variables que se deben tener en cuenta para establecer posibles relaciones causales entre estos; por lo que hay controversias sobre la fuerza de la evidencia que apoya un papel causal de algunos factores sociales y económicos en el estado de salud. A pesar de la creciente importancia concedida en la actualidad al enfoque de los DSS, para muchos es todavía una perspectiva poco conocida y profundizada. Este artículo revisa la literatura existente hasta el momento y hace un análisis de la implementación de este paradigma en el contexto colombiano.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, atención primaria en salud, pobreza, promoción de la salud, prevención, inequidades en salud.

Abstract

A broad and interesting academic development, along with a growing concern and awareness is evident in recent decades regarding on the influence of social, economic and cultural factors on health. The focus of the social determinants of health (SDH) emerges as a new paradigm in addressing inequities in health (ie, health differences by racial or ethnic group or socioeconomic as income and education factors) for public policy makers

¹ Magíster en Ciencias Básicas Médicas. Docente, Facultad de Medicina Universidad de Cartagena (Colombia). zcarmonam@unicartagena.edu.co

² Estudiante de Economía. Grupo de Investigación en Economía de la Salud (GIES), Facultad de Ciencias Económicas Universidad de Cartagena (Colombia). Devianparrapadilla@gmail.com

Correspondencia: Zenén Antonio Carmona Meza. Universidad de Cartagena, campus Zaragocilla, Avenida El Consulado, carrera 50 n° 24. Teléfono: 3017897341. zcarmonam@unicartagena.edu.co

and society in general, based on a skepticism regarding the suitability of the traditional criteria of the process approach health-disease. However, the relationship between social factors and health are not simple, as there are many variables that must be considered to establish possible causal relationships between these, so there are controversies about the strength of the evidence supporting a causal role of some social and economic factors on health status. Despite the increasing importance currently conceived with the approach of the DSS, for many it is still a little known and deepened perspective. This article reviews the existing literature so far and makes an analysis of the implementation of this paradigm in the Colombian context.

Keywords: social determinants of health, primary health care, poverty, promotion and health prevention, health inequities.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas dos décadas se han generado importantes cambios en la percepción y explicación de las causas de los problemas de salud (1, 2).

El análisis de la relación entre las estructuras socioeconómicas de la población y el proceso de obtención de salud y bienestar no es nuevo; a partir de un amplio proceso académico se ha hecho cada vez más explícita dicha relación (3).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud (es decir, las diferencias de salud por grupo racial o étnico o por factores socioeconómicos como ingresos y educación)(4-6) mediante la explicación de los factores que condicionan el estado de salud de las personas, es decir, las causas de las causas, pues estos son a menudo las fuentes fundamentales de los problemas o diferencias en la salud, de igual forma, de la mayor parte de la carga mundial de las mismas (2, 3, 7); así como también el análisis de la influencia de la promoción de la salud acompañada de cambios comportamentales que puedan modificar el impacto de los factores ambientales, sociales y económicos. Este enfoque busca explicar desde una perspectiva

global de la salud pública la problemática, y busca dichas causas más allá de una lógica epidemiológica o biomédica.

Los modelos biomédicos de atención de la salud disminuyen las consecuencias adversas de las enfermedades, pero no son suficientes para mejorar efectivamente la salud a nivel individual y general, como tampoco lo son para actuar sobre las persistentes inequidades. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que está determinada en gran parte por los factores sociales en los cuales se vive y trabaja (9,10). Los DSS son especialmente importantes en los países de América Latina, que se caracterizan aun por legados coloniales adversos, notorias injusticias sociales, además de enormes disparidades socioeconómicas e inequidades en salud (11,12).

En la década de los años sesenta, el complejo panorama económico y político internacional dejó en evidencia el deficiente estado de los sistemas de salud en muchos países del mundo (13). La región latinoamericana fue un claro exponente de esta situación, a pesar de implementar políticas desarrollistas enfocadas al crecimiento económico sostenido a fin de obtener mejoras en las condiciones de vida.

En septiembre de 1978 se llevó a cabo el Congreso Internacional de Atención Primaria en Salud en Alma Ata (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) con el objetivo de generar cambios en el abordaje de la salud para dar apertura a una visión más social e inclusiva (14). Sin embargo, la fuerte presencia de directrices neoliberales en la gestión de la salud relegó a un segundo plano los lineamientos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de Alma Ata, relacionados con las estrategias intersectoriales que se debían aplicar basadas en la mejora de la calidad de vida, haciendo énfasis en la población de más bajo ingreso (15).

En el modelo neoliberal, la salud pasó a ser concebida como un elemento de disposición individual. Cada persona es responsable de garantizarse a sí misma los medios y las formas de obtener servicios médicos de salud de la calidad que le permitan obtener su ingreso. En muchos casos, las barreras al disfrute de buena salud van más allá de las disposiciones y capacidades individuales, incluso teniendo la mayor motivación para superar estos obstáculos por sí mismos (3,13).

En vista del contexto social de la época, en la que no se mostró un avance importante en el estado de la salud, y con el propósito de reanimar la discusión sobre los determinantes a nivel mundial, la OMS creó en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta analizaría la problemática y construiría a partir de aportes conceptuales una propuesta para alcanzar la equidad sanitaria en el mundo, pues la reducción de las inequidades en salud requerirá soluciones que aborden sus causas profundas (3, 11).

El enfoque de los DSS es todavía un tema por profundizar en el contexto colombiano, a pesar de tener amplia difusión e implementación

a nivel internacional. Por lo tanto, se hace necesario abordar el estado de la gestión de inequidades a partir de este paradigma en el contexto latinoamericano y colombiano, con el fin de conocer y analizar la efectividad de políticas y mecanismos implementados por el Estado para hacer frente a los persistentes problemas de salud pública en la población colombiana.

Acción sobre los determinantes sociales: prioridad en la creación de políticas públicas

El ya mencionado enfoque de los determinantes sociales de la salud reviste una serie de implicaciones conceptuales y metodológicas para su implementación (14, 15). La comisión de los DSS sirvió como instrumento unificador de las distintas corrientes que existían hasta aquel momento respecto al tema, al precisar la importancia del análisis de factores estructurales e intermedios que condicionan el estado de salud de una población, partiendo de que aquellos que condicionan la existencia de enfermedades a nivel individual no determinan necesariamente el estado de salud de la población en general (19).

Muchos autores tendieron a asociar los determinantes de la salud a nivel individual a los factores determinantes de las inequidades entre los grupos sociales, sin embargo, se hace necesario que exista claridad conceptual para una eficaz implementación de este paradigma.

Por lo tanto, el principal objetivo de la Comisión es esclarecer cómo se evidencian las desigualdades en la distribución de los bienes sociales, tales como: ingreso, riqueza, estabilidad laboral, alimentación, conductas saludables, acceso a servicios de salud, educación, entre otros, lo cual genera

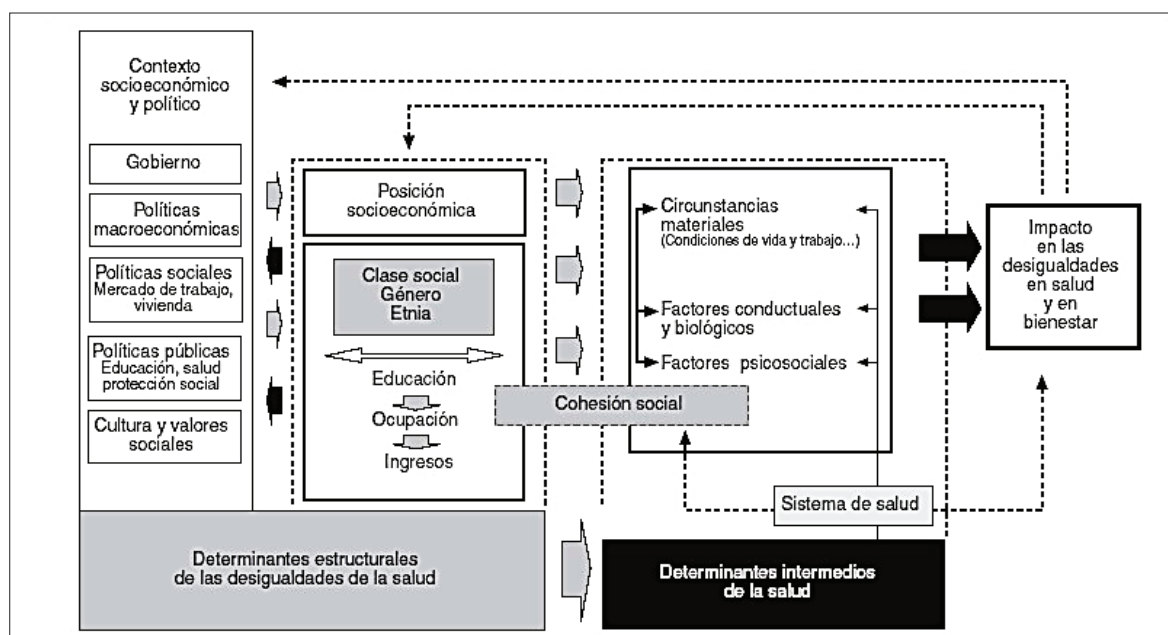
disparidades en el estado de salud de los grupos sociales (20, 21) (figura 1).

Esto quiere decir que la presencia desigual de estos factores a nivel general en la población trae como consecuencia inequidades, en la medida que las estructuras sociales y económicas en las que están construidas las sociedades son cada vez más estratificadas.

Por lo tanto, según Solar e Irwin, el modelo conceptual expuesto finalmente por la OMS debe tratar de: a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades de salud; b) indicar la posible relación de los determinantes entre sí; c) proporcionar un marco conceptual que permita evaluar cuáles son los DSS más importantes de abordar; y d) proyectar niveles y elementos específicos de intervención para la implementación de políticas para la acción en torno a los DSS (8,16).

Esto quiere decir que el diseño de políticas públicas debe basarse principalmente en generar mecanismos mediante los cuales sean intervenidos aquellos factores susceptibles de modificación, partiendo de un previo conocimiento de la forma como estos se asocian y magnifican (22).

Para propiciar un abordaje que permita entender la cadena compleja y la red de causalidad, así como también incrementar el conocimiento en salud, la salud pública bajo una mirada global debe propiciar instrumentos que logren medir de manera homogénea las inequidades, con el objetivo de explicar los desenlaces y el papel de la sociedad civil en la participación dentro de la cadena de producción de eventos y de participación en políticas de bienestar (23).



Fuente: Solar e Irwin

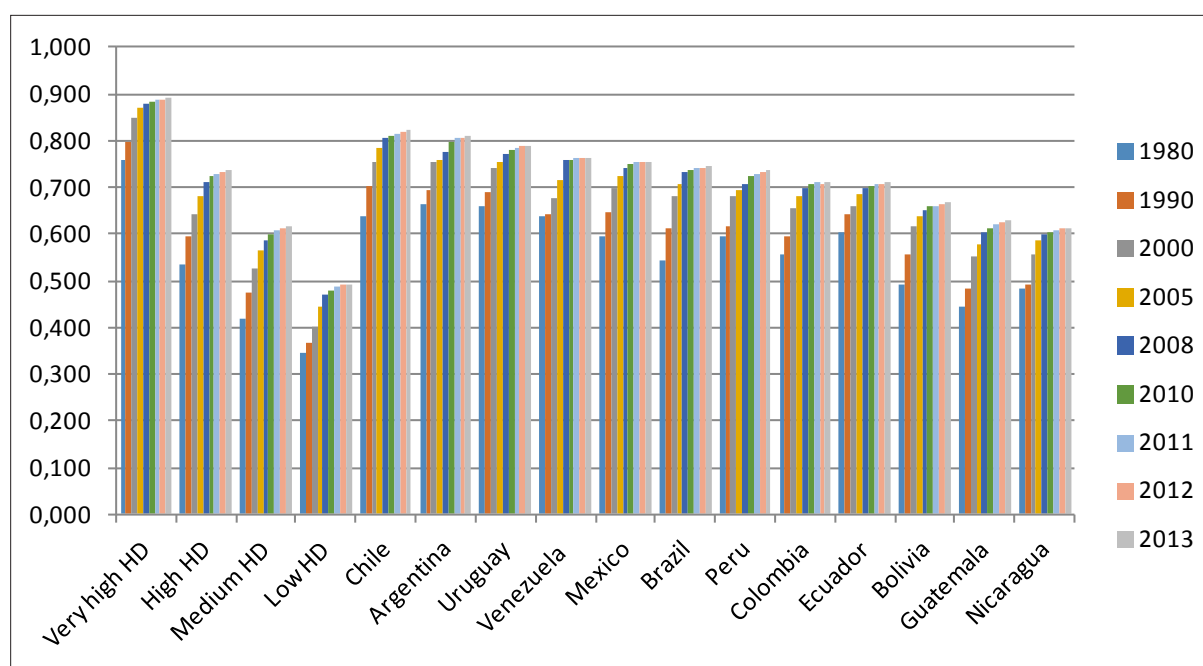
Figura 1. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud según la OMS

La evidencia sugiere que mejoras substanciales en la equidad en salud se logran cuando los gobiernos nacionales aceptan y asumen la responsabilidad de la protección y promoción de los derechos humanos, teniendo en cuenta brindar formas mediante las cuales el logro de un mejor estado de salud se traduzca en un aumento de la posibilidad de los individuos de alcanzar su mayor potencial humano posible en términos de productividad y ejercicio de sus libertades (24, 25).

Por otra parte, la adopción de un marco de política para la actuación de la reducción de inequidades y el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud desde la agenda social-política de los países tiende a garantizar el derecho universal en salud acompañado de políticas sociales, económicas y de bienestar.

Panorama socioeconómico latinoamericano

Injusticia social, disparidades en salud y desigualdades económicas han sido durante mucho tiempo características distintivas de América Latina (26). Apesar de que en la última década se ha apreciado mejora en la situación social, además de positivos comportamientos en los resultados de salud (figura 2), el panorama es desalentador; la región muestra los índices de desigualdad más altos en el mundo (medida esta a través del coeficiente de Gini); además de esto, la pobreza persiste como uno de los problemas de más difícil reducción, junto a un creciente problema de segmentación de los servicios de salud, lo cual genera en los individuos una mayor percepción de exclusión e inequidad; esta situación es considerada como uno de los principales obstáculos para la reducción de barreras en el acceso a servicios de salud y lograr, por lo tanto, una cobertura universal (9, 22).



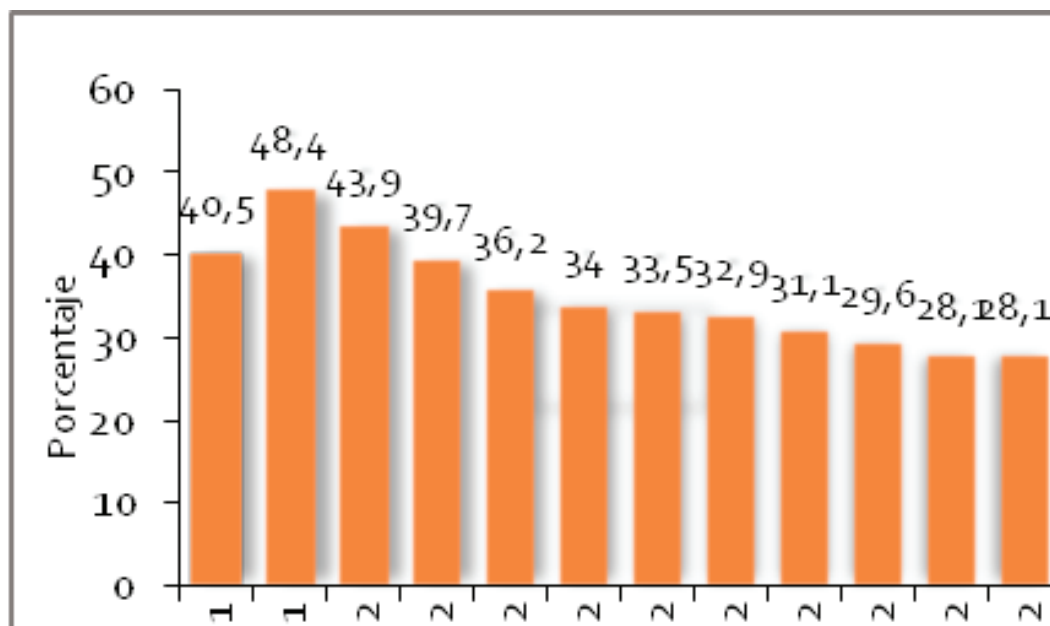
Fuente: elaboración propia con base a la información del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD.

Figura 2. Índice de Desarrollo Humano de los países latinoamericanos en comparación con los países con muy alto, medio y bajo índice de desarrollo (1980-2013)

La pobreza y la desigualdad mostraron resultados preocupantes en la década de 1990; el índice de Gini para Latinoamérica llegó a un valor promedio de 58 puntos. Sin embargo, al llegar el nuevo siglo, las cifras mostraron un balance positivo al revertirse la tendencia creciente; aunque estas no representen una variación de magnitud, son resultado de la implementación de políticas públicas basadas en reformas y mecanismos de redistribución del ingreso, en el contexto de un sostenido crecimiento de las economías latinoamericanas (26, 28, 29).

Por otra parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) en su

informe de Panorama Social evidenció que para 2013, en el marco de una tendencia a la desaceleración de la economía regional, es decir, una menor magnitud del crecimiento en comparación con el observado en la década anterior y que ha estado ocurriendo desde 2010; no hubo una reducción significativa en la tasa de pobreza por ingresos desde 2012, la cual estuvo alrededor del 28,1 % de la población, es decir que el porcentaje de disminución se mantuvo sin diferencias importantes respecto a los niveles observados en 2013, los cuales estuvieron en torno al 28 % (30)(figura 3).



Fuente: elaboración de los autores a partir de la base de datos de la Cepal-CEPALSTAT.

Figura 3. América Latina: evolución de la pobreza (1980-2013)

Lo anterior permite interpretar que el comportamiento de la pobreza y la desigualdad han sido consecuentes con la dinámica económica de los países, en especial en el periodo 2002-2013 (30-33). Para el presente año factores externos han afectado la economía de los países latinoamericanos, por lo que las perspectivas de crecimiento están alrededor de 0.9 % al finalizar el período según el Fondo Monetario Internacional, lo cual no da cabida a proyecciones optimistas respecto a la situación socioeconómica de la región (34).

Los problemas persisten, y cada vez más se hace necesario que los países unifiquen sus esfuerzos para lograr establecer mecanismos intersectoriales lo suficientemente eficaces para mostrar resultados positivos (35).

El complejo contexto latinoamericano representa un desafío para la eficacia de las políticas públicas, donde características de tipo político, demográfico, epidemiológico, económico, cultural y social dificultan mucho más la situación (29-32).

Análisis de los determinantes sociales de la salud en Colombia

Uno de los grandes retos del país en materia de salud pública radica en generar un equilibrio en las amplias diferencias existentes entre los distintos grupos poblacionales que lo conforman. Entender la salud como el resultado coherente y armónico de la interacción entre el individuo, la sociedad y las condiciones en las que su vida tiene lugar es premisa necesaria para la construcción y logro de un mayor nivel de bienestar que el logrado hasta el momento (39).

El sistema de salud colombiano se compone de un extenso sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un descendiente sector exclusivamente privado (40). Su eje principal es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que a su vez se compone del régimen contributivo y el subsidiado.

Las entidades promotoras de salud (EPS) son los entes a través de los cuales las personas pueden afiliarse al sistema, las cuales pueden ser públicas o privadas; estas reciben las cotizaciones y a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS)(41, 42) .

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021, establecido en el marco de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud del país llevada a cabo por medio de la Ley 1438 de 2011, plantea la implementación de estrategias de intervención colectiva e individual basadas en un sistema participativo e intersectorial y tiene como eje transversal la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para lograr un impacto positivo en los determinantes sociales y económicos de la salud en el país(43).

El principal objetivo en el que se basó la Ley fue fortalecer el SGSSS en el marco de una renovada estrategia de Atención Primaria en Salud, implementada oficialmente después de 33 años de su promulgación en Alma Ata; para a través de acción conjunta entre el Estado, la sociedad y las instituciones implementar mecanismos basados en un enfoque de prevención y promoción y garantizar la universalidad en el aseguramiento de la prestación de los servicios de salud, sin dejar de lado la sostenibilidad financiera del sistema (44, 45).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 asume un abordaje de enfoques múltiples: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional.

A pesar de esto, la ejecución del enfoque de los DSS requiere de un conocimiento más amplio para lograr una aplicación más significativa en los mecanismos e instrumentos en los que se basan las políticas generadas por parte del Estado.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 plantea en su fundamentación teórica que existe cierta dificultad metodológica en la implementación de este enfoque, debido a que no hay un consenso generalizado respecto a cuáles son específicamente los determinantes y cuáles son los factores que deben ser incluidos en cada uno de ellos. Por lo tanto, el Ministerio de Protección Social decidió implementar el fundamento teórico más clásico, partiendo de una supuesta espera a la clarificación de los interrogantes planteados anteriormente. Esto, según plantea el documento, no desconoce la evolución académica sobre el tema (46).

El actual Plan Decenal de Salud Pública en su marco conceptual evidencia avance en términos teóricos, como también en la participación que se les busca dar a estos elementos. Se le concede importancia al modelo final de los DSS planteado por la OMS y a la inclusión dentro del mismo del sistema de salud como un factor causal de inequidad, pues bien es aceptado que los sistemas sanitarios benefician la salud de la población, sin embargo, es motivo de discusión, a su vez, qué tanto inciden estos en la consecución de verdaderas condiciones de salubridad y bienestar.

Partiendo de lo anterior se hace necesario un análisis de los resultados y logros alcanzados por el sistema de salud, teniendo en cuenta de las funciones y objetivos que se supone debe alcanzar por medio de las bases conceptuales con las que fue creado, como lo son la prevención, promoción, el financiamiento pro-equidad, entre otros.

A través de estos resultados podría llegarse a una posible aproximación del avance que se ha logrado en términos generales, lo cual, a su vez, sería muestra de qué tan positivo ha sido para el país la apertura al paradigma de los DSS y los aspectos mencionados anteriormente.

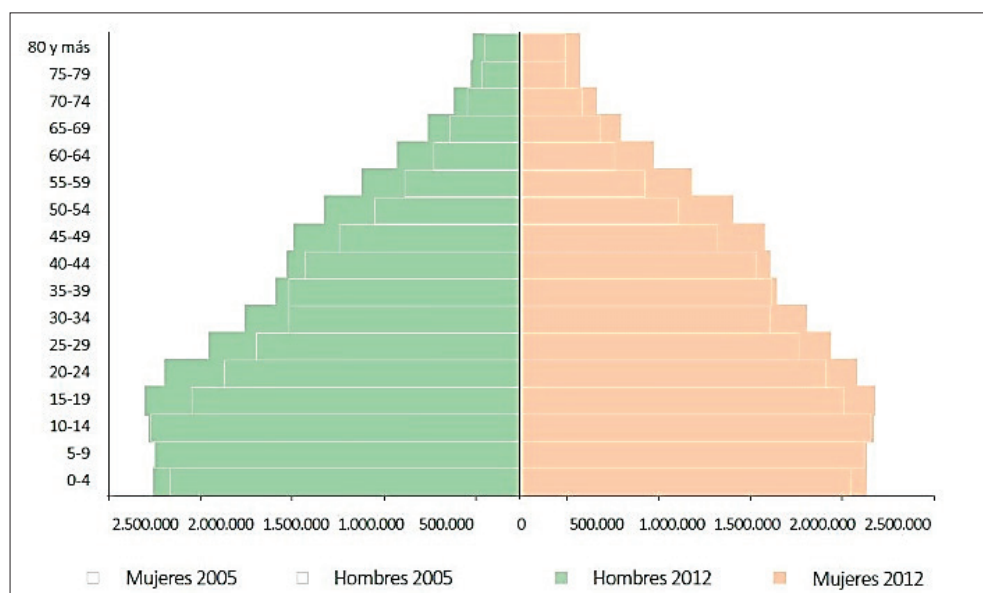
Partiendo de esa premisa vemos que los indicadores demográficos son, en gran medida, el resultado del estado de salud y bienestar de una población. En 1950 el país tenía una población inferior a 12 millones de personas y para 2015 se estima que sea de 49.6 millones, lo que indica que en poco más de medio siglo la población se ha cuadruplicado (47) (figura 4).

Las tasas brutas de natalidad y mortalidad marcan el proceso de transición demográfica. Sin embargo, en esta dinámica la expectativa de vida juega un papel clave al estar afectada, a su vez, por el comportamiento de la mortalidad infantil (48) (figura 5).

En este espectro se destacan dos variables: la mortalidad infantil y la expectativa de vida. En Colombia nacen menos personas, lo cual podría explicarse en función de la implementación de medidas de control de la natalidad. Evidentemente se ha logrado impactar las tasas brutas de la misma, lo cual ha estado influenciado por ganancias en la expectativa de vida al nacer (49).

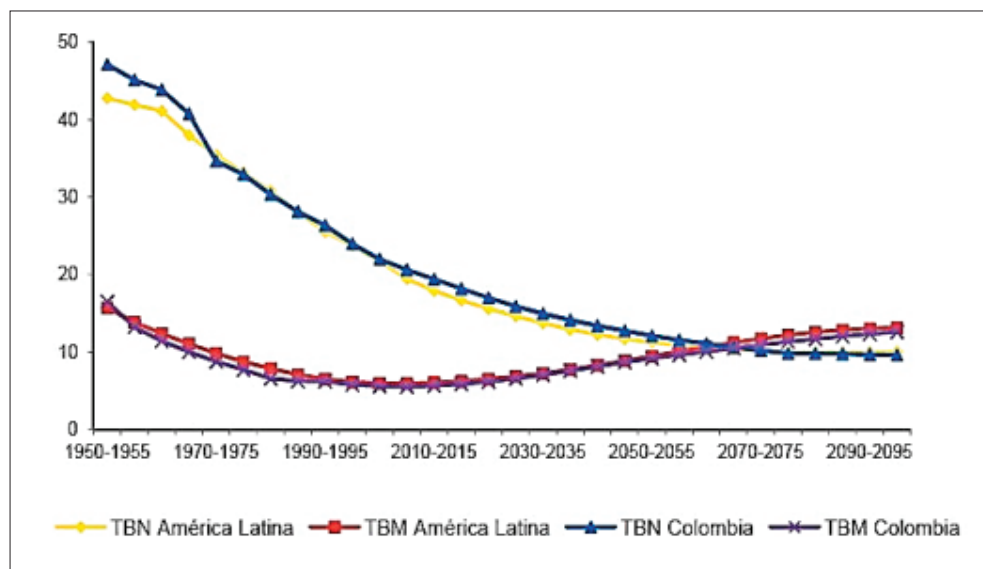
Por otra parte, autores coinciden en que se han producido mejoras en el acceso a los servicios de salud. El modelo de Atención Primaria se ha implementado por medio de atención médica a través de consulta electiva, detección temprana, protección específica, promoción,

vacunación, control prenatal, participación ciudadana y coordinación intersectorial, lo cual es signo de que se están generando procesos encaminados a la consecución de mayor calidad y cobertura en salud (44, 50).



Fuente: 50, Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 4. Distribución poblacional de Colombia según rango de edad y género, comparación de los años 2005 y 2012.



Fuente: Cepal; 2011.

Figura 5. Colombia y América Latina: Tasa Bruta de Natalidad y Tasa Bruta de Mortalidad 1950-2050

A pesar de esto, la salud en Colombia reviste problemáticas estructurales profundas. El peso de las condiciones económicas, demográficas y sociales representa un enorme reto para la salud pública. Si bien se han logrado mejoras, tales como mayor cobertura y acceso, aún no se ha alcanzado la universalidad; tampoco se han reducido significativamente las inequidades en la utilización de los servicios de salud entre la población según condición socioeconómica (29, 51, 52).

El desafío al que nos enfrentamos es una incipiente transición demográfica y epidemiológica que requiere la aplicación de elementos conceptuales y operativos basados en estrategias que busquen generar cambios de políticas neoliberales a sociales, empoderamiento del sector salud, de los procesos de construcción social, de seguridad, de la dignidad de los pobres frente a los ricos en un país o región, basándose también en el principio de precaución en la implementación de tecnologías que afecten el modo de vida, el ambiente, la economía y la aceptación social.

Financiación: Universidad de Cartagena.

Conflicto de interés: ninguno.

REFERENCIAS

1. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126 (Suppl.1):4-10.
2. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health* 2011;32:381-98.
3. Acero AM, Caro R IM, Henao KL, Ruiz E LF, Sánchez VG. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev Fac Nac Salud Pública* [en línea] 2013;31:103-10. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92621791&lang=es&site=ehost-live>
4. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the "Social Determinants of Health" [Etnicidad, Migración y la Agenda de los "Determinantes Sociales de la Salud"]. *Psychosoc Interv* [en línea] 2012;21(3):331-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a29>
5. Kimbro RT, Bzostek S, Goldman N, Rodríguez G. Race, ethnicity, and the education gradient in health. *Health Aff*. 2008;27(2):361-72.
6. Probst JC, Bellinger JD, Walsemann KM, Hardin J, Glover SH. Higher risk of death in rural blacks and whites than urbanites is related to lower incomes, education, and health coverage. *Health Aff* 2011;30(10):1872-9.
7. Woolf BSH, Braveman P. Where Health Disparities Begin: The Role of Social and Economic Determinants - And Why Current Policies May Make Matters Worse. *Health Aff* 2011;30(10):1852-9.
8. Braveman PA, Egerter SA, Mockenhaupt RE. Broadening the focus: The need to address the social determinants of health. *Am J Prev Med*. 2011;40(1 Suppl. 1):4-18.
9. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad*. 2005. p. 89.
10. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013;381(9866):585-97.
11. De Andrade LOM, Filho AP, Solar O, Rígoli F, de Salazar LM, Serrate PC-F et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet* [en línea] 2014. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361461494X>
12. Allanson P, Petrie D. Longitudinal methods to investigate the role of health determinants in the dynamics of income-related health inequality. *J Health Econ* 2013;32(5):922-37.

13. Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Organización Mundial de la Salud; 2010.p. 52.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Declaración Atención Primaria en Salud* [en línea]; 1978. p. 93. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
15. Álvarez-Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [en línea] 2009;8(17):69-79. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=54514009005> \n<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009005> \n<http://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
16. Mayer Oanh L A-GS. Determinants of mental health and self-rated health: A model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activity. *Am J Public Health* 2014;104(9):1734-41 .
17. Marmot M. Commission on Social Determinants of Health.Closing the gap in a generation [en línea]. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva; 2008. Disponible en: <http://www.bvs-de.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf> \n<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24385661>
18. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Heal Rep* [Internet]. 129(2):19–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24385661>
19. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Organización Mundial de la Salud; 2010. p. 79.
20. Morello-Frosch R, Zuk M, Jerrett M, Shamasunder B, Kyle AD. Understanding the cumulative impacts of inequalities in environmental health: Implications for policy. *Health Aff*. 2011;30(5):879–87.
21. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Soc Sci Med* [en línea] 2012;75(4):761-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>
22. Bleich SN, Jarlenski MP, Bell CN, LaVeist TA. Health Inequalities: Trends, Progress, and Policy. *Annual Review of Public Health* 2012: 7-40.
23. Hunter D, Wilson J Centers for Disease Control and Prevention. Promoting Health Equity A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health. Centers for Disease Control and Prevention (CDC);2008.
24. Blas E, Gilson L, Kelly MP, Labonté R, Lapitan J, Muntaner C et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet* 2008;372(9650):1684-9.
25. Kathryn B, Derosé P, Gresenz CR, Ringel JS. Understanding Disparities In Health Care Access —And Reducing Them—. *Through A Focus On Public Health* 2011;10(10):1844-51.
26. Jiménez JP. Desigualdad, concentración del ingreso y tributación sobre las altas rentas en América Latina. Santiago de Chile; 2015.
27. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, C I, Barreto HC et al. Universal health coverage in Latin America 2 Overcoming social segregation in health care in Latin America. *www.thelancet.com*. 2015;385.
28. Atun R, Odorico L, De Andrade M, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T et al. Universal health coverage in Latin America 1 Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015;385.
29. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón-Pérez AS, Unger J-P. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res* [en línea] 2010;10(1):297. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/297>
30. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile; 2014.
31. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage.

- Lancet* [en línea] 2012;380(9845):924-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959389>
32. Smith S, Newhouse JP, Freeland MS. Income, insurance, and technology: Why does health spending outpace economic growth? *Health Aff* 2009;28(5):1276-84.
 33. Blouin C, Chopra M, van der Hoeven R. Trade and social determinants of health. *Lancet* [en línea] 2009;373(9662):502-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61777-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61777-8)
 34. Meier HF y A. Perspectivas económicas: Las Américas, el norte se recupera, el sur aún espera [en línea]. Washington D, C.; 2015. Disponible en: <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/reo/2015/whd/pdf/wreo0415s.pdf>
 35. Titelman D, Cetrángolo O, Acosta OL. Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. *Lancet* [en línea] 2014;1359-63. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614617803>
 36. Harper S. Economic and social implications of aging societies. *Science* [en línea] 2014 Oct 31 [fecha de acceso: 14 de abril de 2015];346(6209):587-91. Disponible en: <http://www.sciencemag.org/content/346/6209/587>
 37. Orozco S. Justicia global: sus implicaciones para el manejo de las inequidades en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2013;31(Supl 1):65-72.
 38. Wilkinson RG, Pickett KE. Income Inequality and Social Dysfunction. 2009;493-514. Available from: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115926>
 39. Calderón CAA, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. *Cien Saude Colet* 2011;16(6):2817-28. 40.
 40. Guerrero R, Gallego A, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema De Salud En Colombia. *Salud Pública Mex* [en línea] 2011;53(122):144-55. Disponible en: <http://www.bioeticachile.cl/html/documentos/Situaciones de catastrofe 2010.PDF#page=71>
 41. Giedion U, Uribe MV. Colombia's universal health insurance system. *Health Aff* (Millwood) [en línea] 2009;28(3):853-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19414898>
 42. Vargas-Zea N, Castro H, Rodríguez-Páez F, Téllez D, Salazar-Arias R. Colombian Health System on its Way to Improve Allocation Efficiency - Transition from a Health Sector Reform to the Settlement of an HTA Agency. *Value Heal Reg Issues* [Internet]. 2012;1(2):218-22. Available from: <http://www.ispor.org/ValueInHealth/ShowValueInHealth.aspx?issue=A6CA8C55-657C-4C15-86D3-4E52AB5FE0E3>
 43. Ministerio de Protección Social-República de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 2012.
 44. Franco-Giraldo A. Atención Primaria en Salud (APS). ¿De regreso al pasado? (Spanish). *Prim Heal Care Back to Past?* [en línea] 2012;30(1):83-94. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=83270068&lang=es&site=ehost-live>
 45. Franco-Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Rev Salud Pública* 2012;14(5):865-77.
 46. Agudelo Suárez LM, Álvarez G, Gómez Velez CA, Vega Romero R, Hernández Bello A. El plan nacional de salud pública: posibilidades y limitaciones. Cuadernos del Doctorado-Universidad Nacional de Colombia [Internet]. Bogotá-Colombia; 2008 Apr;37-47. Available from: <http://168.176.92.89:7080/cuadernos/cuaderno7.pdf>
 47. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Sistema de Protección Social en Colombia. Bogotá, D. C.; 2015.
 48. McKinnon B, Harper S, Kaufman JS, Bergevin Y. Socioeconomic inequality in neonatal mortality in countries of low and middle income: A multicountry analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2014;2(3):165-73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70008-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70008-7)

49. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores básicos 2012 [Internet]. 2012. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ibs 2012.pdf>
50. Vega Romero R, Carrillo Franco J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. *Rev Gerenc y Política Salud* [Internet]. 2006;5(11):38–54. Available from: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol5_n_11/espacio_abierto.pdf
51. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med* 2014;106:204-13.
52. Bernal-Acevedo O, Gutiérrez C. La salud en Colombia: logros retos y recomendaciones. 2012.