



**Desigualdades en salud
y determinantes sociales:
un recorrido conceptual y su
adaptación al modelo para**

Bogotá

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Carlos Fernando Galán Pachón

Alcalde Mayor de Bogotá

Gerson Orlando Bermont Galavis

Secretario Distrital de Salud

Julián Alfredo Fernández Niño

Subsecretario de Salud Pública

María Belén Jaimes Sanabria

Directora de Epidemiología, Análisis
y Gestión de Políticas en Salud Pública

Patricia Eugenia Molano Builes

Directora de Salud Colectiva

Diana Sofia Rios Oliveros

Subdirectora de Determinantes en Salud

Marcela Martínez Contreras

Subdirectora de Acciones Colectivas

Claudia Milena Cuellar Segura

Subdirectora de Gestión y Evaluación
de Políticas en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Estefanía Fajardo de la Espriella

Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones

Autores(as) principales del documento

Paula Mariana Carvajal Hernández

Maylen Liseth Rojas Botero

María José Tapias Lozada

Maylen Liseth Rojas Botero*

Experta técnica y metodológica

Integrantes de la Línea de Análisis de Desigualdades

Andrea del Pilar Bermúdez Forero

Carlos Andrés Fernández Contreras

Catherin Rodríguez Barrera

Diane Moyano Romero

Jenny Fernanda Socarras Ronderos

Juan Camilo Tocora Rodríguez

Lina María Molina Sánchez

Luz Adriana Gutiérrez Rodríguez

Paula Mariana Carvajal Hernández

Felipe segundo Abril Bermúdez

Angie Mabel Castañeda Casallas

Kimberly Piñeros Chía

María José Tapias Lozada

Leonardo Salas Zapata

Paola Elena León Velasco

Liliana Beatriz Hilarión Gaitán

María Fernanda Campos Maya

Salomé Valencia Aguirre

Juan Carlos Cocoma Parra

Luz Mery Vargas Gómez

Ewar Fernando Díaz Castro

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de comunicaciones

Jefe Oficina Asesora de comunicaciones

Estefanía Fajardo De la Espriella

Corrección de estilo

Adriana Helena Carrillo Monsalve

Líder equipo de diseño

Ana Gabriel Rodríguez Salamanca

Diseño y diagramación

Laura Bernal Tabares

Harol Giovanni León Niampira

Foto portada

<https://habitatbogota.gov.co>

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: 601 364 9090

Bogotá D. C. - 2025

www.saludcapital.gov.co

*Participación ad honorem, realizada en el marco de su experiencia y ejercicio profesional.



La presente obra se encuentra sometida a una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 Internacional. Para conocer sobre los alcances de la presente licencia, favor consultar el siguiente enlace: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



Desigualdades en salud y determinantes sociales: un recorrido conceptual y su adaptación al modelo para Bogotá, D. C.

Línea de análisis de desigualdades sociales,
económicas y ambientales en salud

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2026





Tabla de contenido

Glosario	6
Resumen	7
Introducción	8
Contexto de las desigualdades sociales en salud en Bogotá	9
Panorama de la desigualdad: de lo global a lo local	10
Evidencia sobre desigualdades sociales en salud en Bogotá	13
Articulación con agendas internacionales, nacionales y locales	14
Marco conceptual	16
Evolución histórica del concepto de desigualdad social en salud	16
Corrientes de justicia social y su relación con la salud	17
Liberal radical	17
Liberal igualitarista o redistributiva	18
Marxismo o igualitarismo	18
Medicina social latinoamericana y la Salud colectiva: una posición igualitarista social	19
Modelos explicativos de las desigualdades sociales en salud	20
Modelo de determinación social de la salud, Jaime Breilh (1970)	21
Modelo socioeconómico de la salud, Dahlgren y Whitehead (1991)	22
Teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, Nancy Krieger (1994)	23
Modelo de la estratificación y producción social de la enfermedad: Diderichsen, Evans y Whitehead (19)	24
Modelo de producción de inequidades a lo largo de la vida, Marmot y Wilkinson (2006)	25
Modelo de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud: OMS (2008)	26
Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2008)	27
Marco metodológico para la adaptación de un modelo conceptual para la toma de decisiones en la Línea de análisis en desigualdades sociales de la salud de Bogotá	29
Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud adaptado para Bogotá, D. C.	29
Bibliografía	33



Lista de figuras

Figura 1. Distribución del IPM por UPZ en Bogotá para el 2021	12
Figura 2. Modelo de determinación social de la salud, Jaime Breilh	22
Figura 3. Modelo socioeconómico de la salud, Dahlgren y Whitehead	23
Figura 4. Teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, Nancy Krieger	24
Figura 5. Modelo de la estratificación y producción social de la enfermedad, Diderichsen, Evans y Whitehead	25
Figura 6. Modelo de producción de inequidades a lo largo de la vida, Marmot y Wilkinson	26
Figura 7. Modelo de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, OMS	27
Figura 8. Modelo de la Comisión para reducir las desigualdades en salud de España	28
Figura 9. Modelo de determinantes sociales de salud adaptado al contexto de Bogotá, D. C.	30



Glosario

Barreras de acceso a la salud

Obstáculos que dificultan o impiden el uso efectivo de los servicios de salud, incluyendo barreras geográficas, económicas, culturales, administrativas y relacionadas con la calidad percibida [1].

Condiciones de vida

Las condiciones de vida comprenden las circunstancias materiales, sociales, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen, incluyendo vivienda, ingresos, educación, empleo, seguridad, acceso a servicios y entorno físico. Estas condiciones son el componente central de los determinantes sociales de la salud, en tanto están determinadas por la distribución del poder, el dinero y los recursos en la sociedad [2,3].

Determinación social de la salud

Perspectiva crítica que supera la visión de factores de riesgo aislados y analiza la salud como resultado de procesos históricos, sociales, económicos y ambientales, proponiendo cambios estructurales para alcanzar la equidad [4].

Determinantes sociales de la salud

Condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales y políticas que influyen en la salud de las personas y las poblaciones. Incluyen desde las condiciones de vida y trabajo hasta el acceso a servicios, el nivel educativo, la seguridad alimentaria y la calidad del entorno [5].

Desigualdades sociales en salud

Diferencias sistemáticas, persistentes y evitables en el estado de salud entre grupos poblacionales, determinadas por condiciones sociales, económicas y ambientales. Estas desigualdades responden a estructuras sociales injustas que distribuyen de manera inequitativa las oportunidades para vivir una vida saludable [6].

Ejes o estratificadores de desigualdad

Categorías o ejes que permiten medir y analizar las diferencias en salud entre grupos. Entre los más comunes se encuentran la clase social, el género, la edad, la etnicidad, el territorio, la orientación sexual, la condición migratoria y la discapacidad [7].

Gasto catastrófico en salud

Cuando los gastos de un hogar en salud superan un umbral significativo de su capacidad de pago, generalmente el 20 % del ingreso disponible, comprometiendo su bienestar [8].

Gradiente social en salud

Relación continua entre nivel socioeconómico y resultados en salud, donde los escalones más bajos en la jerarquía social se asocian con peores condiciones de salud y mayor riesgo de enfermedad y muerte [9].

Inequidades en salud

Subconjunto de desigualdades en salud que son evitables, innecesarias e injustas. Representan diferencias que se derivan de condiciones sociales, económicas, culturales o políticas que podrían prevenirse mediante cambios estructurales y políticas públicas adecuadas [10].

Modos de vida

Se refiere a las formas históricas, colectivas y socialmente determinadas mediante las cuales grupos y clases sociales organizan su existencia cotidiana, según las oportunidades y restricciones impuestas por la estructura económica, la división social del trabajo, las relaciones de poder y el modelo de desarrollo vigente. Desde la epidemiología crítica, los modos de vida representan el vínculo entre la organización social y los procesos de salud-enfermedad dado que definen las posibilidades reales, no solo individuales, de adoptar ciertos estilos y hábitos de vida [4].

Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI-

Indicador que mide carencias estructurales en acceso a servicios básicos, vivienda, educación y empleo. Se utiliza para identificar hogares en pobreza estructural [4,12].

Participación social en salud

Proceso mediante el cual las personas, comunidades y organizaciones inciden en la formulación, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios de salud, fortaleciendo la gobernanza y legitimidad de las decisiones [13].

Pobreza multidimensional -IPM-

Medida que capta múltiples privaciones que experimentan los hogares en salud, educación y condiciones de vida, más allá de la falta de ingresos monetarios. En Bogotá se calcula a partir de indicadores como logro educativo, inasistencia escolar, desempleo, informalidad, calidad de la vivienda, aseguramiento y acceso a servicios de salud [14].

Salud colectiva

Enfoque latinoamericano que entiende la salud como un proceso social, histórico y político, condicionado por las relaciones de poder, la organización económica y la cultura. Propone la transformación estructural y la participación social como ejes para alcanzar la equidad [15].

Segregación socioespacial

Distribución desigual de grupos poblacionales en el territorio urbano que genera concentración de recursos y servicios en algunas zonas y deja a otras con menor acceso a oportunidades, infraestructura y servicios esenciales, profundizando las inequidades [16].

Triple inequidad

Concepto desarrollado en la medicina social latinoamericana que reconoce la interrelación entre inequidades de clase, género y etnia, las cuales se articulan de manera compleja en el modo de producción capitalista y afectan la distribución del poder, los recursos y las oportunidades [2].

Universalismo proporcional

Principio según el cual las políticas y programas deben ser universales, pero con una intensidad y recursos proporcionales al nivel de necesidad de cada grupo, evitando intervenciones homogéneas que no reducen las desigualdades [17].

Resumen

El presente documento constituye una herramienta estratégica de referencia conceptual y metodológica para el análisis de las desigualdades sociales en salud en Bogotá, elaborado en el marco de la Línea de Análisis de Desigualdades Sociales, Económicas y Ambientales en Salud de la Secretaría Distrital de Salud. Se parte de la premisa de que las desigualdades sociales en salud son diferencias sistemáticas y persistentes en el estado de salud entre grupos poblacionales, estrechamente ligadas a ventajas o desventajas sociales, económicas y ambientales, que afectan de manera desproporcionada a grupos históricamente excluidos o discriminados [6]. Estas desigualdades no son aleatorias ni

biológicamente determinadas, sino que responden a estructuras sociales injustas y, por lo tanto, evitables [10].

En este sentido, a partir de fuentes locales, nacionales e internacionales, se presentan indicadores y hallazgos que permiten dimensionar la magnitud y las tendencias de las desigualdades en salud en Bogotá, reconociendo sus vínculos con fenómenos globales y nacionales. De esta manera, el documento articula el diagnóstico situado con el marco teórico, que constituye la base para el análisis de inequidades y la posterior formulación de estrategias de reducción de brechas en la ciudad.

Ahora bien, para abordar su análisis, el documento desarrolla un recorrido histórico por la evolución del concepto de desigualdad social en salud, identificando cómo desde las sociedades antiguas se reconocían diferencias en las condiciones de vida y salud, y cómo estas ideas se han configurado en dos grandes corrientes teóricas: la tesis conservadora (que justifica la desigualdad como parte de un orden natural o funcional) y la tesis radical (que la interpreta como producto de relaciones de poder y estructuras socioeconómicas injustas). Se analizan también las principales corrientes de justicia social (liberal radical, liberal igualitarista o redistributiva, y marxismo o igualitarismo), así como la medicina social latinoamericana y la salud colectiva, que incorporan la noción de “triple inequidad” (de clase, género y etnia) como núcleo explicativo de las desigualdades en salud.

En coherencia con esta evolución conceptual, el documento presenta modelos explicativos de las desigualdades sociales en salud, que incluyen: el modelo socioeconómico de Dahlgren y Whitehead [18], que ilustra la interacción de factores individuales, estilos de vida, redes comunitarias, condiciones de vida y políticas; el modelo de estratificación y producción social de la enfermedad de Diderichsen, Evans & Whitehead [19], que describe cómo la posición social condiciona la exposición, la vulnerabilidad y las consecuencias diferenciales en salud; el modelo de inequidades a lo largo de la vida de Marmot & Wilkinson [9], que reconoce el efecto acumulativo de las desventajas desde la infancia hasta la vejez; el modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud -OMS- [3],



Fuente: <https://www.magnific.com>

Fotografía de Bogotá, localidad de Usaquén, norte de la ciudad. Al fondo, barrio El Codito.

que diferencia determinantes estructurales e intermedios; el modelo conceptual de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2008), que adapta el marco de la OMS al contexto español, priorizando la equidad como eje de la acción intersectorial, y el modelo de determinación social de la salud de Jaime Breilh [4], que desde la epidemiología crítica analiza los procesos de salud-enfermedad en el marco de la reproducción social y el metabolismo sociedad–naturaleza, resaltando las dimensiones históricas, políticas y económicas que las configuran.

A partir de estos referentes, se desarrolla una propuesta conceptual y metodológica de adaptación del modelo al contexto de Bogotá, en el que se combina el análisis conceptual con evidencia empírica local. Este proceso incluye la identificación de determinantes y ejes de desigualdad relevantes en la ciudad, la selección de indicadores desagregados y la construcción de un marco analítico aplicable al territorio.

Introducción

Las desigualdades sociales son diferencias sistemáticas, persistentes y estructurales en el acceso a recursos, oportunidades y condiciones de vida entre personas y grupos sociales, determinadas por la posición que ocupan en la jerarquía social. Estas desigualdades emergen de procesos históricos, políticos, económicos y culturales acumulados que configuran relaciones de poder desiguales y generan ventajas para ciertas poblaciones en desventaja de otras.

Cuando la posición que ocupan las personas y grupos sociales incide sistemáticamente en su estado de salud o en las condiciones necesarias para mantenerla, se habla de desigualdades sociales en salud. De acuerdo con Braveman [6], las desigualdades sociales en salud son diferencias en el estado de salud que están estrechamente ligadas a ventajas/desventajas sociales, económicas y/o ambientales, y afectan negativamente a grupos históricamente excluidos o discriminados, como aquellos definidos por su clase social, etnicidad, género, edad, discapacidad, orientación sexual o territorio. Así, las desigualdades sociales en salud no son aleatorias ni biológicamente determinadas, sino que responden a estructuras sociales injustas y evitables que distribuyen de forma desigual las condiciones necesarias para vivir una vida saludable.

Se ha señalado que un criterio fundamental para valorar los logros de una sociedad, así como para develar las injusticias que enfrenta, consiste en observar críticamente las condiciones de salud de su población [20]; no obstante, una lectura limitada a los promedios puede invisibilizar asimetrías que afectan a determinados grupos. Por ello resulta necesario medir el grado de homogeneidad o desigualdad en los resultados en salud, lo cual permite identificar si los beneficios se distribuyen equitativamente

en la población, o si, por el contrario, reproducen patrones persistentes de exclusión y desventaja. Esta mirada permite visibilizar brechas ocultas bajo los promedios agregados y orientar acciones que respondan a las desigualdades injustas y evitables.

En este sentido, las desigualdades sociales en salud hacen particular referencia a diferencias observables y medibles en los resultados en salud entre distintos grupos poblacionales que se estructuran en función de ejes (o estratificadores) de desigualdad, como la clase social, el género, la edad, la etnicidad, el territorio, la orientación sexual o la condición migratoria, entre otros. Es importante advertir que, si bien existe una estrecha relación entre los conceptos ‘desigualdad social en salud’ e ‘inequidad en salud’, no todas las desigualdades se consideran inequidades: las inequidades en salud son un subconjunto particular de las desigualdades. De acuerdo con Whitehead [10] las inequidades en salud son aquellas diferencias poblacionales en salud evitables, innecesarias (artificiales o construidas socialmente) e injustas. Por tanto, mientras todas las inequidades son una forma de desigualdad, no todas las desigualdades alcanzan el nivel de inequidad [21-24].



Fuente: <https://www.odt.gov.co> - EFE/ Carlos Ortega
Fotografía de TransMiCable, línea de Ciudad Bolívar.

Desde esta perspectiva, resulta pertinente situar el presente documento en el marco de las crecientes preocupaciones académicas y de política pública frente a las desigualdades sociales en salud, fenómeno que por cuya persistencia y complejidad ha adquirido relevancia progresiva en la agenda global y que, en el contexto de Bogotá, demanda una aproximación rigurosa y crítica. En este marco, el documento expone la sustentación teórica y conceptual que orientará a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en el análisis de las desigualdades sociales en salud en el Distrito Capital, con el propósito de consolidar una línea de trabajo coherente, sostenida y técnicamente fundamentada en el ámbito de la salud pública. Este esfuerzo se proyecta como un insumo estratégico para la toma de decisiones presentes y futuras, reconociendo, con la debida cautela, que todo marco analítico constituye una construcción situada y perfectible.

En consecuencia, el presente documento se dirige prioritariamente a los tomadores de decisiones de política pública en el Distrito Capital, sin excluir a investigadores, académicos y demás actores interesados en profundizar su comprensión sobre las desigualdades sociales en salud y sus determinantes. Se espera que tanto el marco conceptual como el modelo propuesto contribuyan de manera reflexiva y prospectiva a orientar la investigación, así como el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas destinados a reducir las desigualdades que, en su expresión más crítica, derivan en inequidades en salud.

El documento se organiza en cuatro grandes secciones:

La primera de ellas establece un contexto sobre las desigualdades persistentes y crecientes a nivel global y nacional, para, a través de estudios de diversa índole, situar las desigualdades sociales en salud en Bogotá; además, examina cómo las desigualdades han sido un tema recurrente en la agenda política internacional, nacional y distrital a lo largo de los años.

La segunda sección se divide en tres partes: inicialmente se explora la evolución del concepto de desigualdad social en salud y las variadas formas en que, a lo largo de la historia, se ha conceptualizado y abordado las intersecciones entre sociedad, salud y justicia.

Dado que las discusiones sanitarias y políticas alrededor del derecho a la salud han estado marcadas por el enfoque de justicia social desde el que se aborde, el segundo apartado presenta algunas de las principales posturas que han trazado la discusión, incluyendo el liberalismo radical, el liberalismo igualitarista y el igualitarismo social. La sección concluye con un apartado que presenta un recorrido por los principales modelos explicativos de las desigualdades sociales en salud. La tercera sección describe la metodología empleada por el grupo de la Línea de Análisis de Desigualdades Sociales en Salud de Bogotá para adaptar el modelo conceptual para la ciudad. Finalmente, en la cuarta sección del documento se detalla la propuesta conceptual resultante.

Contexto de las desigualdades sociales en salud en Bogotá

En este apartado se presenta una visión general de las desigualdades sociales en salud, abordándolas desde su dimensión global hasta su expresión específica en Bogotá. Se muestra como estas brechas no responden únicamente a diferencias económicas, sino a estructuras históricas de poder que generan condiciones desiguales según clase, género, raza, etnicidad y territorio. En Bogotá, estas dinámicas se expresan en la segregación urbana, las desigualdades ambientales y las barreras económicas y administrativas que afectan especialmente a poblaciones pobres, grupos étnicos, mujeres y habitantes de zonas periféricas, incluso cuando cuentan con aseguramiento en salud.

El apartado sintetiza distintos casos que evidencian cómo estas inequidades derivan en diferencias persistentes en el acceso a servicios, la morbi-mortalidad y las oportunidades de bienestar. Finalmente, se expone cómo las agendas internacionales, nacionales y distritales han incorporado el marco de los determinantes sociales de la salud, junto con los enfoques de equidad, interseccionalidad y justicia social, para comprender las desigualdades como un fenómeno estructural que exige respuestas intersectoriales, sostenidas y territorialmente diferenciadas.



Fuente: <https://bogota.gov.co>

Fotografía “Arrancada de raíz”, obra de Leandro Erlich. Se instaló en la Bienal Internacional de Arte y Ciudad de Bogotá en 2025. Es una metáfora del desarraigo, la migración forzada y el sueño inalcanzable de tener un hogar estable.

Panorama de la desigualdad: de lo global a lo local

La desigualdad en el acceso a oportunidades y recursos basada en factores como sexo, edad, discapacidad, orientación sexual, raza, clase, etnia, religión, persiste en todo el mundo [25]. Dichas desigualdades no se configuran como simples diferencias distributivas, sino como expresiones de una organización social atravesada por relaciones de asimetrías de poder que sitúan a las personas y colectivos en posiciones diferenciadas dentro de una jerarquía social. En este sentido, la distinción entre riqueza y pobreza no puede reducirse a una brecha cuantitativa de ingresos, sino que constituye un fenómeno relacional vinculado a la estructura de clases, género y raza que produce jerarquías que determinan qué formas de vida son consideradas legítimas y cuáles permanecen subordinadas. Es así como riqueza y pobreza son dimensiones interdependientes de una misma estructura de poder que reproduce privilegios y restringe sistemáticamente oportunidades para amplios sectores sociales.

En efecto, los enfoques teóricos han evolucionado desde concepciones unidimensionales centradas en el ingreso hacia aproximaciones multidimensionales y críticas, que analizan las interrelaciones entre desigualdad, poder y oportunidades. Así, más que una carencia monetaria, la pobreza debe concebirse como una privación sistemática de capacidades para desarrollar una vida digna. En este sentido, la concentración de riqueza se traduce en acumulación de capital social, económico y cultural que refuerza posiciones dominantes en la estructura social.

Bajo esta lectura, el informe Oxfam de 2022 [26] destaca la alarmante agudización de la desigualdad económica, que se ha visto impactada por eventos globales como la pandemia por COVID-19, conflictos armados, crisis del costo de la vida y

el cambio climático. Desde 2020 la riqueza de los millonarios ha aumentado en 3,3 billones de dólares, lo que representa un crecimiento del 34 %, crecimiento tres veces más rápido que el de la inflación, ilustrando una dinámica acelerada de concentración de capital en una reducida élite económica. Esta acumulación de riqueza se observa principalmente en el norte global, donde, aunque solo reside el 21 % de la población, se concentra el 69 % de la riqueza privada y el 74 % de la riqueza millonaria. Para el año 2024, 4 800 millones de personas se encuentran en condiciones de pobreza más graves que en 2019, configurando un escenario de profundización de las asimetrías globales que remite a una estructura persistente de distribución desigual del poder, los recursos y las capacidades.

Este escenario de desigualdades crecientes ha convertido su reducción en un eje central de la agenda política internacional. Bajo el enfoque “No dejar a nadie atrás”, los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS- operan de manera integrada y convocan a las naciones a aunar esfuerzos para alcanzar sus 169 metas. Dichas metas promueven un crecimiento económico inclusivo y sostenible, fomentan la igualdad de oportunidades y de género, y buscan reducir las disparidades entre países [27].

Es así como varios de los ODS se relacionan directa e indirectamente para abordar las desigualdades desde diferentes dimensiones. Se destacan el ODS 1 “Fin de la pobreza”, el ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, el ODS 4 “Educación de calidad”, el ODS 5 “Igualdad de género”, el ODS 8 “Trabajo decente y crecimiento económico”, el ODS 10 “Reducción de las desigualdades” y el ODS 17 “Alianzas para lograr los Objetivos”. Todos ellos, en conjunto, buscan abordar las desigualdades en sus múltiples dimensiones, cubriendo aspectos económicos, sociales, de salud y de género [27].



Fuente: <https://www.integracionsocial.gov.co>

Fotografía comedor comunitario en Bogotá. Estrategia del Distrito que busca garantizar el acceso a la alimentación a niñas, niños, adolescentes, adultos y personas mayores.

Colombia se configura como uno de los países con mayores brechas en la distribución de la renta en Latinoamérica, seguido por Brasil y Belice [28]. A nivel global, según el último informe del Banco Mundial, solo lo superan Sudáfrica y Namibia, con un coeficiente de Gini de 54,8 [29]. Valga resaltar que esta caracterización no puede limitarse a una lectura cuantitativa del ingreso, dado que las desigualdades en el país se expresan de forma más aguda y compleja en determinados grupos sociales y territorios, donde convergen relaciones históricas de exclusión, concentración de poder económico y marginalización política. En este sentido, la desigualdad económica se intensifica particularmente en zonas rurales, en comparación con las urbanas, lo que señala una configuración territorial de la pobreza asociada a condiciones de acceso restringido a bienes, servicios y oportunidades [30].



Fuente: Recorridos territoriales Subred Sur, equipo Accvsye
Vivienda familiar rural de la vereda Santa Rosa cuenca alta de Sumapaz,
Refleja el desgaste asociado al paso del tiempo y las condiciones
propias del territorio.

En 2022 la incidencia de pobreza multidimensional a nivel nacional fue del 12,9 %, con una marcada asimetría entre las cabeceras municipales 8,7 % y los centros poblados y áreas rurales dispersas 27,3 %; es decir, la incidencia de pobreza multidimensional es 3,1 veces más alta en centros poblados rurales que en las zonas urbanas [31]. Esta distribución desigual refleja la cristalización de posiciones de clase que limitan de manera persistente las

capacidades de amplios sectores de población para ejercer plenamente sus derechos sociales, incluidos el derecho a la salud, la educación y el bienestar.

Como señala la Organización Mundial de la Salud [5], el contexto social produce una estratificación social que asigna a los individuos posiciones diferenciadas según clase, género, raza, etnia, ocupación y el nivel educativo, lo que genera condiciones materiales y de bienestar diferenciales en vivienda, acceso a servicios públicos y sociales, seguridad alimentaria y condiciones de trabajo que a su vez desencadenan procesos de inequidad en salud. En el 2014 el Instituto Nacional de Salud -INS- identificó que en las poblaciones con más Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI- del país, se encontraron las tasas más altas de desnutrición, bajo peso al nacer, mortalidad por enfermedad diarreica aguda y mortalidad por infección respiratoria aguda [32]. En respuesta a este escenario, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 apunta a materializar la garantía de los derechos individuales y colectivos con perspectiva sectorial, intersectorial y ciudadana a fin de abordar de manera integral e interseccional los determinantes que ocasionan las desigualdades en salud [33].

Bogotá, al ser una ciudad con una gran diversidad social, cultural¹ y económica, presenta desafíos únicos en términos de acceso a servicios de salud y calidad de vida de su población residente. En 2024 el Índice de Pobreza Multidimensional -IPM- para Bogotá se ubicó en 5,4 %, lo que representa un aumento de 1,8 pp frente al 2023 (3,6 %). A pesar de este incremento, la ciudad mantiene el IPM más bajo del país, con una diferencia de 6,1 pp respecto al promedio nacional [34]. Sin embargo, persisten marcadas desigualdades al interior del territorio, evidentes en las diferencias entre localidades, UPZ, zonas rurales y urbana, así como por pertenencia étnico-racial y género, entre otros estratificadores.

Esta configuración también se refleja en el coeficiente de Gini, indicador de desigualdad de ingresos, que en 2023 fue de 0,546 a nivel nacional, mientras que Bogotá registró el valor más alto entre las ciudades del país, con un Gini de 0,53 [35]. Estos indicadores ponen de manifiesto que la dinámica urbana capitalina no solo reproduce, sino que en ciertos casos intensifica lógicas de concentración de riqueza y marginalización social, consolidando territorios con capacidad diferenciada de acceso a bienes, servicios y oportunidades y, por ende, con condiciones estructuralmente desiguales para la salud y el bienestar.

Las localidades con mayor IPM para el año 2021 fueron:

Bosa (9)

Rafael Uribe Uribe (9,4)

Santa Fe (11,7)

Ciudad Bolívar (12,6)

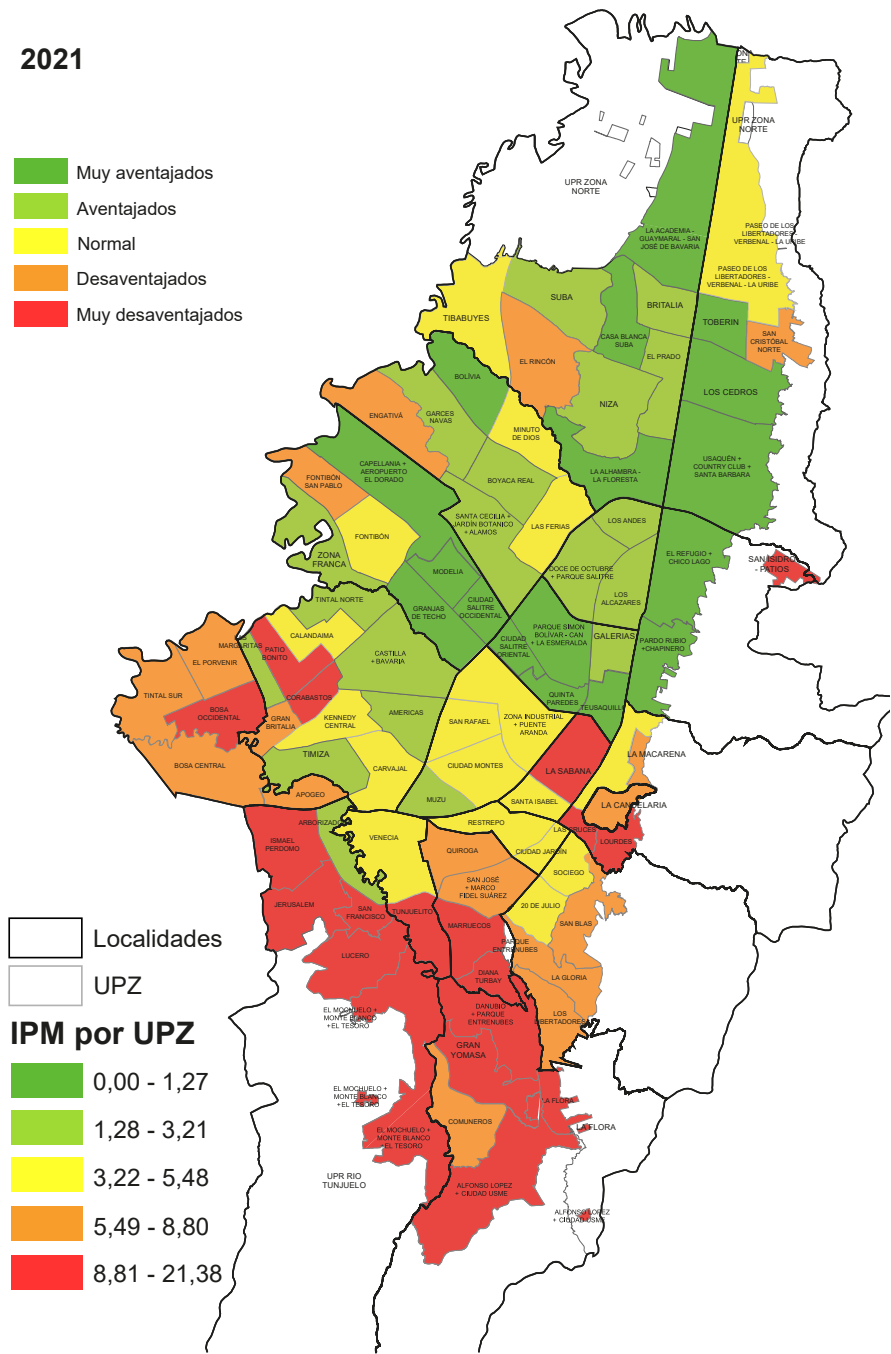
Usme (13,5)

1. En el 2019 en el Distrito Capital se autoidentificaron como población negra y afrocolombiana 65 656 personas; para el 2022 se reconocieron como indígenas 21 609 personas; para las 2023, 1 911 personas se reconocieron como raizales.

Al desagregar por los indicadores que componen el índice fueron el bajo logro educativo, la inasistencia escolar, el rezago escolar, los cuidados en la primera infancia, el empleo informal, el desempleo a largo plazo, el aseguramiento en salud, y el hacinamiento crítico los que presentaron mayor magnitud y diferencia entre localidades. Es así como Ciudad Bolívar, Usme y Santa Fe ocupan el cuartil más alto para todos los indicadores a excepción de desempleo a largo plazo y cuidados en la primera infancia. San Cristóbal y Mártires les siguen con los indicadores más altos a excepción del empleo informal, aseguramiento y hacinamiento [36] (Figura1).

Igualmente, la incidencia del IPM es mayor en población étnico-racial al registrarse, según estimación a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, una incidencia del 33,3 % en grupos indígenas y del 23,8 % en grupos afrodescendiente [37]. En cuanto al sexo, para el 2023 el IPM se redujo en 0,7 pp para los hogares liderados por hombres y aumentó en 0,2 pp para aquellos con jefatura femenina [35].

Figura 1. Distribución del IPM por UPZ en Bogotá para el 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de DANE - Encuesta Multipropósito Bogotá (2021)

Evidencia sobre desigualdades sociales en salud en Bogotá

En Bogotá la segregación socioespacial está estrechamente relacionada con profundas inequidades en el acceso a servicios urbanos esenciales como la educación, la cultura y la recreación. Esta distribución desigual afecta especialmente a la población de menores recursos, lo que a su vez profundiza sus condiciones negativas de vida y limita sus oportunidades de integración social y acumulación de capital social [38]. Asimismo, algunos autores concluyen que el modelo urbano de Bogotá genera una marcada segregación socioeconómica, al concentrar población de altos ingresos al norte y oriente, relegando a los grupos más vulnerables a zonas periféricas, lo que profundiza las inequidades sociales y limita la integración [38]. En línea con las desigualdades espaciales en Bogotá, Barbosa-Ardila y Hernández [39] evidencian que la distribución inequitativa de servicios pediátricos, con un Gini de 0,701 para camas hospitalarias, se asocia a mayores tasas de mortalidad infantil en localidades con menor oferta, como Ciudad Bolívar y Tunjuelito. Esta concentración de recursos en zonas de mayor ingreso refuerza las brechas en salud y afecta de forma desproporcionada a la infancia en sectores más vulnerables.

De manera complementaria, el estudio de García Villegas y Quiroz [40] indica en sus resultados que el sistema educativo también reproduce las jerarquías sociales mediante un fenómeno de segregación escolar. Como muestran los autores, existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico de los estudiantes, el acceso a la educación (sector oficial o privado) y la calidad educativa (puestos en las pruebas del ICFES). Los estudiantes de mayor nivel socioeconómico tienden a asistir a colegios privados y a obtener mejores resultados

académicos, mientras que los estudiantes de menores recursos, concentrados en el sector oficial, ocupan los puestos más bajos. Estas evidencias ponen en el análisis que las dinámicas de segregación urbana y educativa no solo configuran escenarios de exclusión social, sino que también se traducen en inequidades persistentes en salud; desde esta perspectiva, Bogotá ha abordado desde diferentes corrientes disciplinares el análisis de desigualdades sociales, lo que ha permitido una comprensión más amplia del fenómeno, en la que se articulan dimensiones territoriales, económicas y de acceso al sistema de salud.

En esta línea, Amaya y Ruíz [41] analizan la probabilidad de que los hogares bogotanos de bajos ingresos, no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, incurran en gastos catastróficos en salud (es decir, cuando el gasto en salud supera el 20 % de la capacidad de pago del hogar). El análisis de los resultados de la Encuesta de Usos y Gastos de 2001 indicó que la falta de afiliación al sistema de salud y el bajo nivel de ingresos aumenta significativamente el riesgo de gasto catastrófico, lo que puede fomentar el ciclo de pobreza de dicha población.

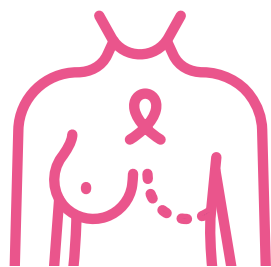
Igualmente, Rubio [42] analiza las desigualdades en el acceso y financiación de los servicios de salud en Bogotá por medio de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del 2003; los hallazgos visibilizaron que la población pobre de la ciudad, ubicada especialmente en las localidades de San Cristóbal, Kennedy y Rafael Uribe Uribe, enfrentaron inequidades en el acceso a los servicios de salud a pesar de estar afiliados al SGSSS. De tal forma, el estudio concluyó que el aseguramiento no garantiza el acceso y que las políticas de la época estudiada no lograban cubrir adecuadamente a la población más vulnerable, lo que agudiza las inequidades en salud.



Fuente: Oficina Asesora de Comunicaciones - SDS
Fotografía de pacientes en espera en hospital de la localidad de Bosa.

De manera similar, pero exponiendo cómo la pertenencia étnica es un determinante estructural de la inequidad en salud en Bogotá, Ariza y Hernández [43] analizan las desigualdades en salud para población indígena, negra, raizal y rrom que reside en la ciudad. Según los autores, a pesar de que el SGSSS contempla acciones afirmativas para grupos étnicos, persisten barreras administrativas, culturales y económicas que limitan el acceso a los servicios de salud. Es así como el estudio identificó menor utilización de servicios, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y percepciones negativas sobre el trato recibido en la población estudiada. Dichas desigualdades se asocian a discriminación racial, exclusión social, la migración forzada y a la falta de reconocimiento cultural. A partir de una revisión bibliográfica sobre inequidades en salud en Bogotá realizada entre los años 2006 y 2010, Granada [44] también evidencia prácticas discriminatorias y de exclusión social en población con pertenencia étnica que derivan en diferencias en el acceso a servicios de salud, al aseguramiento y, consigo, perfiles de morbi-mortalidad desiguales.

Las desigualdades en salud en Bogotá no solo son persistentes, si no que emergen de estructuras sociales, económicas, culturales y políticas que se entrelazan y refuerzan mutuamente.



Partiendo de la intersección entre género y clase, estudios como los de Piñeros, *et al.* [45] y Sánchez, *et al.* [46] señalan desigualdades en el acceso temprano al diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama de mujeres en Bogotá. Por medio de un estudio de cohorte retrospectivo en mujeres mayores de 18 años con esta enfermedad, Piñeros, *et al.* [45] muestran cómo las mujeres del régimen subsidiado presentaron las mayores demoras, incluso más que las no afiliadas. Dichas demoras incluyen barreras administrativas, falta de percepción de gravedad de los síntomas, reducido apoyo social y deficiencias en la formación médica y en la infraestructura diagnóstica. A su vez, Sánchez, *et al.* [46], por medio de un estudio observacional analítico con mujeres con cáncer y vinculadas a una fundación, concluyeron que el acceso oportuno está asociado con el nivel educativo y el estrato socio económico. Esto resalta la existencia de inequidades en salud que determinan el acceso efectivo al tratamiento. Finalmente, la revisión realizada por Granada [44] identifica el género como una dimensión transversal y clave en las desigualdades de la ciudad, en la medida que influye en que las mujeres perciban una mayor necesidad de atención en salud, al igual que barreras y discriminación laboral.

Por otro lado, en el contexto urbano de Bogotá las desigualdades ambientales se manifiestan en la concentración espacial de poblaciones socioeconómicamente vulnerables en áreas caracterizadas por elevadas cargas de contaminación atmosférica, niveles críticos de presión acústica y una marcada deficiencia en cobertura de infraestructura verde. Esta configuración territorial no solo limita el acceso equitativo a servicios ecosistémicos, sino que también incrementa de manera significativa la prevalencia de morbilidades respiratorias y cardiovasculares, configurando un escenario de injusticia ambiental estructural en el que los grupos con menor capacidad adaptativa asumen de forma desproporcionada los riesgos sanitarios derivados de la degradación ambiental [47,40].

Es así como es posible señalar que las desigualdades en salud en Bogotá no solo son persistentes, si no que emergen de estructuras sociales, económicas, culturales y políticas que se entrelazan y refuerzan mutuamente. Los estudios expuestos muestran que el aseguramiento en salud, ampliamente extendido, no garantiza por sí mismo el acceso oportuno a los servicios de salud. A su vez, resaltan cómo las barreras administrativas, la discriminación étnica, la precariedad económica, la falta de reconocimiento cultural y las desigualdades de género, configuran un entramado complejo que limita el pleno derecho de la salud de ciertas personas y grupos. Comprender las desigualdades como resultado de determinantes estructurales implica reconocer la importancia de respuestas intersectoriales y de diversa escala que favorezcan su reducción. A continuación, se expone cómo las desigualdades han sido un tema recurrente en la agenda política internacional, nacional y distrital en lo transcurrido del actual centenario.

Articulación con agendas internacionales, nacionales y locales

El análisis y consideración de las desigualdades sociales en salud ha sido un tema recurrente en la agenda política global. Es así como organizaciones internacionales y gobiernos nacionales se han comprometido a reducir las desigualdades disminuyendo las brechas entre diferentes grupos sociales. Dichos esfuerzos incluyen la creación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, iniciativa global que, desde el 2005, busca reducir las brechas en salud mediante la implementación de políticas y acciones que mejoren las condiciones de vida y promuevan la equidad [48].

A su vez, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 constituye la respuesta del sector salud a los compromisos adquiridos por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud -OPS- en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asimismo, la agenda elaborada por los Estados miembros, integra los temas pendientes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las prioridades establecidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y los nuevos desafíos emergentes en salud pública regional [49].

Como se mencionó anteriormente, los ODS operan de forma integrada para reducir las desigualdades. El ODS 17, que se centra en “Revitalizar alianzas para lograr el desarrollo sostenible”, cobra especial relevancia al subrayar la necesidad de contar con datos desagregados que faciliten la planificación y el monitoreo del avance hacia el desarrollo sostenible. Variables como el ingreso, el sexo, la edad, la ubicación geográfica, el estatus migratorio y la discapacidad permiten identificar brechas y disparidades en el acceso a recursos y oportunidades, así como evaluar el impacto de políticas y programas en diferentes grupos de la población. Además, el ODS 17 enfatiza la importancia de fortalecer la capacidad de los países en la recolección, análisis y uso eficaz de datos, promoviendo la cooperación internacional para mejorar los sistemas estadísticos y garantizar el acceso a la información esencial para abordar las desigualdades de manera efectiva [27].

Ahora bien, en Colombia la lucha contra las desigualdades en salud ha transitado por una evolución programática que se evidencia al comparar los dos Planes Decenales de Salud Pública (PDSP) recientes. El PDSP 2012-2021 incorporó el concepto de determinantes sociales como eje articulador, proponiendo un abordaje intersectorial para intervenir las causas estructurales de las inequidades y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud. Este plan enfatizó la reducción de brechas territoriales, socioeconómicas y étnicas, dando prioridad a grupos históricamente excluidos mediante acciones de promoción de la salud, prevención y fortalecimiento de capacidades locales [50].

Con el PDSP 2022-2031 la estrategia se profundiza; se consolida un enfoque de derechos humanos, equidad y justicia social. El nuevo plan amplía la noción de desigualdad al integrar perspectivas diferenciales e interseccionales, reconociendo la interacción entre condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales que inciden en la salud. Se establece la necesidad de medidas afirmativas, el fortalecimiento de la gobernanza territorial y la corresponsabilidad social para reducir inequidades, todo bajo el principio de progresividad y no regresividad en el goce efectivo del derecho a la salud [33].



Fuente: Oficina Asesora de Comunicaciones - SDS
Fotografía Directivas de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
en el análisis de datos en salud.

Este tránsito de un plan al otro refleja un hilo conductor: de una fase inicial centrada en visibilizar y abordar las desigualdades a través de determinantes sociales, se pasa a una fase más robusta y comprehensiva que incorpora enfoques de justicia social y derechos humanos como pilares de la política sanitaria nacional. La articulación entre ambos PDSP configura un marco nacional que va de lo macro (principios universales de equidad y derecho a la salud) a lo micro (acciones concretas en territorios y poblaciones priorizadas), manteniendo la meta de disminuir las desigualdades sociales en salud en el país.

A nivel distrital, la revisión de los últimos cuatro Planes de Desarrollo Distrital (PDD): Bogotá Humana (2012-2016), Bogotá Mejor para Todos (2016-2020), Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI (2020-2024) y Bogotá Camina Segura (2024-2028), evidencia una trayectoria sostenida en la lucha por la disminución de las desigualdades, en general, y de las desigualdades sociales en salud, en particular, aunque cada administración ha definido énfasis y estrategias diferenciadas.

El PDD Bogotá Humana (2012-2016) marcó un hito al situar la justicia social y la equidad como ejes rectores, impulsar acciones para superar la segregación socioespacial y garantizar el acceso universal a servicios de salud, con un fuerte énfasis en los determinantes sociales [51]. Bogotá Mejor para Todos (2016-2020) adoptó un enfoque centrado en la equidad de oportunidades y el bienestar integral, con estrategias para promover hábitos saludables y ampliar la cobertura de servicios, aunque con menor desarrollo en el análisis territorial de las desigualdades [52].

En Un Nuevo Contrato Social y Ambiental (2020-2024) se consolidó un enfoque interseccional y diferencial que incorporó de manera explícita la perspectiva de género, la equidad territorial y la sostenibilidad ambiental, como fundamentos para enfrentar la exclusión y reducir las brechas en salud, reconociendo la interacción entre lo social, lo económico y lo ambiental en la generación de bienestar [53].

Por su parte, el actual PDD Bogotá Camina Segura (2024-2028) fortalece la agenda de equidad al incorporar la lucha contra las desigualdades como un eje transversal, integrar la salud con la justicia social, la seguridad humana y la justicia ambiental. Esta visión refuerza la articulación entre los determinantes sociales de la salud y las políticas urbanas, prioriza la protección y el bienestar de las poblaciones más afectadas por las brechas históricas, y reafirma el compromiso de la ciudad al constituir instancias como la Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar, en un esfuerzo por fortalecer la gobernabilidad y gobernanza intersectorial para el abordaje de los determinantes de las desigualdades sociales en un modelo de desarrollo que combina inclusión, resiliencia y sostenibilidad.

Por su parte, los Planes Territoriales de Salud (PTS) han sido la herramienta operativa que traduce las apuestas de los Planes Distritales de Desarrollo en acciones concretas para, en este caso, apostar por la reducción de desigualdades en salud. Durante la administración 2012-2016 el PTS priorizó la garantía del derecho a la salud desde una apuesta de determinantes sociales, con intervenciones focalizadas en territorios y poblaciones

con mayores vulnerabilidades, y con un fuerte énfasis en la participación comunitaria como mecanismo para disminuir inequidades [54]. El PTS 2016-2020 dio continuidad a esta orientación, pero reforzó la articulación intersectorial para abordar las brechas en acceso, calidad y oportunidad de los servicios, con estrategias diferenciales según el perfil epidemiológico y socioeconómico de cada territorio [55].

En 2020-2024 el PTS incorporó de manera más estructural la perspectiva de justicia ambiental y la gestión del riesgo como determinantes clave de la salud, al reconocer la interdependencia entre condiciones sociales, económicas y ambientales, y al plantear un sistema sanitario resiliente ante emergencias y crisis sanitarias [56]. Finalmente, el PTS 2024-2027, en concordancia con Bogotá Camina Segura, apuesta por la Atención Primaria Social (APS), que amplía la concepción tradicional de la atención primaria en salud hacia una apuesta comunitaria e intersectorial; esta estrategia busca actuar sobre los determinantes sociales, fortalecer la cohesión comunitaria y garantizar intervenciones integrales que respondan a las realidades y necesidades específicas de cada territorio, al posicionar la reducción de desigualdades sanitarias como un objetivo transversal de la política pública [57].



Fuente: Oficina Asesora de Comunicaciones - SDS

Fotografía inauguración del Monumento Umbral para rendir homenaje a los profesionales de la salud que fallecieron durante la pandemia de COVID-19.

Si bien la convergencia entre los marcos nacionales y distritales ha permitido consolidar una visión más integral y articulada para enfrentar las desigualdades sociales en salud, su reducción efectiva continúa siendo uno de los desafíos más complejos para la política pública. Los avances logrados (desde la incorporación de enfoques diferenciales e interseccionales hasta la implementación de estrategias innovadoras como la Atención Primaria Social) han ampliado la capacidad institucional y comunitaria para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y cerrar brechas históricas. Sin embargo, las profundas inequidades derivadas de condiciones estructurales, territoriales y ambientales demandan una acción sostenida, progresiva y no regresiva, que mantenga la coherencia entre los niveles nacional y distrital, y que fortalezca la capacidad de los sistemas locales para garantizar, de manera equitativa y universal, el derecho a la salud. El reto, por tanto, no es solo preservar lo alcanzado, sino profundizar y acelerar las transformaciones que permitan que la equidad en salud sea una realidad tangible para todas las personas, en todos los territorios de Bogotá y del país.

Marco conceptual

En esta segunda sección se realiza un recorrido estructurado por tres grandes ejes que permiten comprender cómo se ha configurado el debate sobre las desigualdades sociales en salud.

Primero, se aborda la evolución histórica del concepto. Se muestra cómo distintas sociedades han entendido y enfrentado la relación entre salud, condiciones de vida y justicia social.

Luego, se presentan las principales corrientes de justicia: liberalismo radical, liberalismo igualitarista e igualitarismo social, que han configurado las discusiones sanitarias y políticas alrededor del derecho a la salud, así como sus implicaciones para pensar la equidad.

Finalmente, el apartado cierra con un recorrido por los modelos explicativos de las desigualdades en salud, que permiten comprender los mecanismos mediante los cuales las estructuras sociales producen y reproducen inequidades.

Evolución histórica del concepto de desigualdad social en salud

La desigualdad social y sus expresiones en las condiciones de vida y salud no constituyen una preocupación reciente, se encuentran registros desde culturas antiguas -por ejemplo, el Papiro Sallier en Egipto, donde se manifestaban las diferencias en las condiciones de vida y salud entre diferentes grupos sociales (herrereros, albañiles, etc.)-, lo que evidencia una temprana observación de las asimetrías asociadas a la posición social

[58]. Aunque en estos contextos no se empleaban categorías como “desigualdades sociales en salud” en su sentido actual, y una lectura directa desde tales conceptos podría incurrir en un anacronismo, una interpretación reflexiva permite reconocer un interés incipiente por comprender la relación entre las condiciones materiales de existencia y el bienestar físico. Es así como puede verse que, a lo largo de la historia, la forma en que se han conceptualizado y abordado las complejas intersecciones entre sociedad, salud y justicia ha variado, reflejando cambios en los paradigmas y en la comprensión de dichas relaciones [59,60].

Autores como López, *et al.* [58] proponen que la evolución del concepto de desigualdad social se caracteriza por la coexistencia y confrontación de dos tesis principales: la conservadora y la radical. Ambas plantean perspectivas divergentes respecto a la naturaleza de la desigualdad, sus causas y las teorías de justicia social que las sustentan, lo que da lugar a interpretaciones contrapuestas sobre el papel del orden social, la responsabilidad colectiva y la legitimidad de las jerarquías sociales.

La “tesis conservadora” agrupa corrientes teóricas como el naturalismo y el funcionalismo. El naturalismo, justificaba la desigualdad social como parte de un orden natural, inevitable, o incluso de origen divino. Debido al contexto histórico en el que emergió -sociedades precapitalistas, esclavistas y feudales²-, no existía una preocupación por la equidad o por la justicia social en el sentido moderno del término. En el caso de autores como Aristóteles, aunque no se le puede considerar un teórico de la desigualdad en la acepción contemporánea, sus reflexiones sobre la esclavitud pueden considerarse antecedentes de esta postura al legitimar la subordinación como parte del orden social. Posteriormente, autores como Spencer (1866) intentaron aplicar las teorías de la evolución darwiniana al ámbito social: argumentan que las sociedades se desarrollan de forma similar a las especies biológicas, con una competencia natural que lleva a una estratificación social desigual, interpretación que contribuyó a la legitimación de jerarquías sociales como resultado de un supuesto orden natural [58].

Aunque el capitalismo introduce nuevas formas de desigualdad, la corriente conservadora buscó adaptarla a su marco ideológico [58]. Fue así como durante el siglo XX las perspectivas funcionalistas heredaron la tesis conservadora, al enfatizar en los aspectos “necesarios y benéficos” de la desigualdad, presentándola como un incentivo para el trabajo y la eficiencia. En el caso de autores como Smith (1961), la desigualdad resultante del libre mercado es una consecuencia natural y necesaria para el funcionamiento del sistema.

Por su parte, la “tesis radical” surge como una reacción a la injusticia percibida y las contradicciones inherentes a los sistemas sociales y económicos existentes; desafía las justificaciones tradicionales de la desigualdad y ofrece un marco alternativo para comprender y abordar las desigualdades sociales. En medio del surgimiento

de los Estados-nación y la formalización de derechos legales, escritores del siglo XIX como Marx [61] postularon la desigualdad como producto de los medios de producción y el sistema de distribución; argumentaron que la desigualdad provenía de las contradicciones inherentes al capitalismo, específicamente la explotación del trabajo y la apropiación desigual de los recursos. De forma complementaria, autores como Lenski [62], desde la teoría del conflicto, cuestionaron las perspectivas funcionalistas al centrarse en las dinámicas de poder dentro de la sociedad, tal cual como hacían énfasis en las luchas entre diferentes grupos por recursos escasos y en cómo las estructuras sociales perpetúan la desigualdad.

Mientras que el reconocimiento de las disparidades en salud se remonta a la antigüedad, el concepto de *inequidad* en salud como una categoría analítica y de acción política, es mucho más reciente. López, *et al.* [58] ubican este cambio de enfoque en la década de 1990, cuando la atención centrada en la desigualdad económica y social se desplaza hacia valoraciones éticas sobre las diferencias en salud entre grupos. Es así como la inequidad considera que algunas desigualdades son injustas e innecesarias y que por lo tanto deben ser intervenidas. De tal forma, la inequidad no es solo la desigualdad en sí misma, sino la desigualdad que es éticamente inaceptable [10].

Corrientes de justicia social y su relación con la salud

De acuerdo con la definición de Whitehead [10], para que una desigualdad en salud sea considerada una inequidad, debe cumplir con tres condiciones: 1) que sea evitable, 2) innecesaria, e 3) injusta. No obstante, en relación con este último criterio, lo que se considera justo o injusto varía de acuerdo con la postura de quien juzga, lo que en últimas subyace al modelo explicativo de justicia social y sanitaria en el que se asientan las valoraciones. En el siguiente apartado, se abordan algunas de las concepciones de justicia social y sus implicaciones para la salud, dado que ellas han hecho parte de las discusiones sanitarias y políticas alrededor del derecho a la salud. Dichas concepciones se desarrollan en tres corrientes: 1) liberal radical; 2) liberal igualitarista o redistributiva; 3) marxismo o igualitarismo.

Liberal radical

También denominado libertarianismo y propuesto por pensadores como Nozick [63], esta corriente prioriza la libertad individual y la propiedad privada, al abogar por un Estado mínimo que solo garantice los derechos civiles y políticos básicos, como el derecho a la vida, la libertad y la propiedad privada. De tal manera, el Estado no debe intervenir en la satisfacción de necesidades individuales, ya que se asume que el mercado es un mecanismo neutral para resolver problemas de justicia social. En el ámbito de la salud esto se traduce en la defensa del libre mercado como el mejor asignador de recursos y proveedor de servicios; reduce el papel del Estado a la provisión de servicios costo-efectivos con externalidades positivas, sin considerar la salud como un derecho humano fundamental [63,64].

2. En estas sociedades la jerarquía social estaba determinada por el nacimiento, la pertenencia a una casta o estamento y la posesión de tierras. El poder político y económico se concentraba en manos de una élite, mientras que la mayoría de la población ocupaba posiciones subordinadas y aceptaba su condición como parte del orden establecido.

Es así como esta corriente niega la justificación moral para considerar los servicios de salud como derechos humanos o deberes del Estado. En cambio, aboga por obtener estos servicios a través de la libre competencia de mercado, basándose en la capacidad de pago individual y transacciones justas garantizadas por el Estado. La asistencia de personas con escasos recursos se concibe como un acto de caridad voluntaria y no como un principio de justicia [63,65].

Si bien el liberalismo radical plantea como ideal normativo la existencia de un Estado mínimo, ningún país ha adoptado de forma plena este modelo en la práctica. Incluso los sistemas considerados altamente liberales en términos económicos (como Estados Unidos), mantienen estructuras estatales robustas de intervención y redistribución en salud, educación y bienestar. Esto evidencia que el modelo libertario puro ha tenido una influencia principalmente teórica o ideológica, más que una implementación completa en los estados contemporáneos.

Liberal igualitarista o redistributiva

En esta tradición se destacan autores como Immanuel Kant, John Rawls [66], Amartya Sen y Martha Nussbaum. Difiere del liberalismo radical al considerar que la libertad y la autonomía requieren condiciones básicas que deben ser garantizadas por el Estado. Kant enfatiza la construcción de una sociedad justa y ordenada dentro del Estado-nación, mientras que John Rawls se centra en la justicia distributiva, al argumentar que la libertad no es realizable en sociedades inequitativas.

La teoría de justicia de Rawls prioriza las libertades básicas como definidoras de la autonomía individual y se basa en dos principios. Por un lado, el principio de la libertad básica establece la prioridad de las libertades fundamentales (conciencia, expresión, reunión, etc.) y asegura que todos tengan igual derecho a ellas, sin sacrificarlas por el bien común. El segundo principio, el de la igualdad de oportunidades, admite desigualdades sociales y económicas, pero solo si estas benefician a los más desfavorecidos y si existe igualdad de oportunidades para acceder a las posiciones más ventajosas; garantiza un acceso equitativo a la educación y a los recursos necesarios [66].

Aunque influenciado por el liberalismo igualitarista, Amartya Sen critica la centralidad de los bienes primarios presente en la teoría de la justicia de Rawls al argumentar que la capacidad de las personas para convertir “bienes en bienestar”, es decir, la capacidad individual y social para transformar recursos disponibles (servicios, derechos, oportunidades) en aspectos para la realización de una vida digna, varía significativamente según sus características individuales y el contexto social [64,67]. Es así como Sen propone un enfoque basado en las “capacidades”, entendidas como las libertades reales que tiene una persona para lograr funcionamientos valiosos, es decir, los estados y actividades que una persona pueda valorar. A partir de esta perspectiva, la justicia social implica expandir las capacidades de las personas, permitiéndoles elegir y alcanzar una vida digna y plena. En el ámbito de la salud esto significa garantizar el

acceso a servicios sanitarios, pero también abordar aquellos determinantes sociales de la salud (la pobreza, la discriminación y la falta de educación) que limitan las capacidades de las personas. El enfoque de Sen, por lo tanto, exige una mirada más profunda y contextualizada de la justicia social, que considere las necesidades y las posibilidades reales de cada individuo para participar plenamente en la sociedad [64,67].

Si bien Rawls y Sen ofrecen marcos teóricos robustos para comprender las dimensiones de la justicia y la equidad, sus postulados cuentan con limitaciones en el abordaje de las desigualdades en salud. Como señala Almeida-Filho [22], Rawls no incluye la salud como una libertad básica, mientras que Sen lo hace pero de manera limitada al no profundizar en las complejidades de la determinación social de la salud. Particularmente se critica de Sen su tendencia economicista que reduce la comprensión de las desigualdades a un análisis económico. Ya que la salud no es un bien o un recurso que se distribuye de la misma manera que la riqueza o los ingresos y, por el contrario, su producción y acceso están intrínsecamente ligados a condiciones sociales y políticas complejas, el planteamiento de Sen presenta dos falacias [22]: la falacia econocéntrica asume que la economía es el factor principal de la determinación social de la salud, y la falacia econométrica, que sobrevalora la aplicación de métodos econométricos para el análisis de desigualdades en salud, ignorando aspectos cualitativos y complejos como el impacto de las estructuras sociales, las prácticas culturales y los sistemas políticos. En otras palabras, la reducción a una ecuación simple es una simplificación excesiva de un problema social complejo [22].

Martha Nussbaum, colaboradora de Sen, va más allá y propone una teoría de la justicia social centrada en las “capacidades centrales” (*central capabilities*), entendidas como aquellas oportunidades fundamentales con las que toda persona debe contar para vivir una vida digna. A diferencia de Sen, quién deja abierta la lista de capacidades, Nussbaum propone diez capacidades centrales: la vida, la salud física, la integridad física, los sentidos, la imaginación y el pensamiento, las emociones, la razón práctica, la afiliación, la relación con otras especies, el juego y el control sobre el entorno propio [64,68]. Para la autora, la justicia social implica que las sociedades garanticen a todos sus integrantes un nivel mínimo de dichas capacidades, para poder así desarrollar su potencial y participar plenamente de la vida social, política y económica. El enfoque de Nussbaum enfatiza la importancia de los derechos humanos, la igualdad de género y la protección de grupos vulnerables; aboga por políticas públicas que promuevan el desarrollo de las capacidades centrales en todos los ámbitos de la vida, desde la educación y la salud, hasta el empleo y la participación política [64,68].

Marxismo o igualitarismo

La teoría de la justicia social planteada desde un enfoque marxista se fundamenta en la crítica radical al sistema capitalista y a la distribución desigual de la riqueza y el poder que subyace a ella. Al estar el concepto de justicia intrínsecamente ligado al modo



de producción, lo que se considera “justo” está determinado por las relaciones económicas imperantes. Es así como desde esta perspectiva la justicia no se concibe como una cuestión de equidad distributiva dentro del sistema, sino en la transformación fundamental de las relaciones sociales de producción. La injusticia primordial reside en la explotación de la clase trabajadora por parte de la burguesía que se apropia del excedente de valor agregado del trabajo (plusvalía) [64,69].

La justicia social, de tal forma, implica la abolición de la propiedad privada en los medios de producción, la superación de la división de clases y la construcción de una sociedad donde los recursos se distribuyan de una manera más igualitaria [69]. En este sentido, la teoría marxista prioriza la igualdad sustantiva sobre la igualdad formal. La igualdad sustantiva se refiere a una igualdad real o material que implica eliminar las desigualdades sociales, económicas y políticas que limitan el pleno desarrollo de las capacidades humanas y la realización de una vida digna. La igualdad formal, por su parte, se refiere a la igualdad ante la ley, de derechos y de oportunidades; implica que todas las personas deben ser tratadas de la misma manera ante la ley y tener las mismas posibilidades para acceder a la educación, el empleo, la participación política, entre otras áreas de la vida. No obstante, estas igualdades formales no abordan las desigualdades estructurales que existen en una sociedad capitalista lo que deriva en medidas insuficientes para lograr una sociedad justa [70].

De forma similar al liberalismo radical, el modelo marxista en su forma teórica original —que implica la abolición de la propiedad privada, del Estado y de las clases sociales— nunca ha sido plenamente realizado en ningún Estado moderno. Los regímenes autodenominados socialistas del siglo XX adoptaron versiones reinterpretadas del marxismo (particularmente el marxismo-leninismo), que priorizaron el control estatal centralizado y consolidaron burocracias autoritarias, distanciándose del ideal comunista planteado por Marx como una sociedad sin clases ni dominación estatal.

Medicina social latinoamericana y la Salud colectiva: una posición igualitarista social

La Medicina social latinoamericana (MSL) y la Salud colectiva (SC) surgieron en los años 70 como propuestas epistemológicas y políticas en debate con el pensamiento y la práctica hegemónicos en salud [71]. Si la medicina y la epidemiología habían desarrollado la idea de la salud y la enfermedad como dimensiones biológicas, ahistóricas, por asociación con el contexto social y colectivo en el que surgían, la MSL y la SC presentaron la idea de “proceso” de salud-enfermedad, de naturaleza social, histórica, e inmersa en los procesos de producción y reproducción social [15,23,72,73]. Es así como la MSL y SC se distinguen por su crítica al positivismo y a la medicalización, dos pilares que, según esta perspectiva, sostienen una ideología hegemónica al servicio de las clases dominantes. En el caso del positivismo se problematiza el énfasis en la objetividad, la medición y la búsqueda de leyes universales que limitan la comprensión de la complejidad de los fenómenos sociales y de salud. Al enfocarse en lo observable

y medible, el positivismo tiende a despolitizar los problemas de salud, atribuyéndolos a factores individuales o biológicos, en lugar de reconocer las desigualdades estructurales que las generan. A su vez, la MSL argumenta que la medicalización desvía la atención de las causas sociales de los problemas, individualiza la responsabilidad y ofrece soluciones farmacológicas o terapéuticas que no abordan las raíces del problema. Además, la medicalización puede generar dependencia de los sistemas de salud y perpetúa la desigualdad en el acceso a los recursos [73].

De tal manera, la MSL señala que la ideología hegemónica se manifiesta en el campo de la salud a través de discursos que naturalizan la enfermedad, culpabilizan a las víctimas y promueven soluciones individualistas. Al desmitificar estos discursos la medicina social latinoamericana busca revelar las relaciones de poder que subyacen a los problemas de salud y promover una visión crítica y transformadora de la realidad [73].

De igual manera, la MSL y la SC se oponen a la visión funcionalista que considera la cultura como un factor estático, proponiendo en cambio un análisis dialéctico que reconoce la influencia de las condiciones sociales en históricas en el proceso de salud-enfermedad [73].

Desde este marco se entiende la inequidad como las desigualdades producidas por las relaciones de poder, de dominación y resistencia, con múltiples expresiones y con tres ejes estructurales que se articulan de manera compleja en el modo de producción capitalista y configuran lo que Breilh ha denominado “la triple inequidad”, de clase, de género y de etnia, en las sociedades contemporáneas, así:

Las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de distribución desigual del poder. No sólo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones de utopías. [72, p.215]

Estas relaciones de poder enajenan al sujeto del producto de su trabajo, pero también de sus posibilidades de realización vital.

Reconociendo la profundidad de estas inequidades, Breilh [4] plantea que la superación de los determinantes sociales de la salud no puede limitarse a intervenciones focalizadas ni a enfoques técnicos despolitizados. Por el contrario, exige una transformación estructural sustentada en lo que él denomina una “ética de la vida”, orientada por los principios de sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad. Esta ética propone reconfigurar el vínculo entre salud, sociedad y naturaleza, desplaza la lógica mercantil del bienestar y sitúa en el centro la dignidad humana y los derechos colectivos. En este sentido, avanzar hacia una salud verdaderamente equitativa requiere dismantlar las relaciones de poder que perpetúan la exclusión y construir políticas públicas que garanticen no solo la redistribución material de recursos, sino también el fortalecimiento de capacidades emancipadoras y la ampliación de los horizontes de vida digna para todas las personas. La justicia social en salud, desde esta perspectiva,



no es un ideal abstracto, sino una condición concreta para democratizar las sociedades y hacer del cuidado de la vida un proyecto común.

En continuidad con el análisis de Breilh sobre la triple inequidad, Laurell [74] realiza una crítica acuciosa al modelo neoliberal en salud al señalar cómo la mercantilización de este sector profundiza las desigualdades estructurales. Para la autora, concebir la salud como un derecho social colectivo implica desplazarla del mercado hacia el terreno de lo público, donde su garantía dependa del reconocimiento de la justicia social y no del poder adquisitivo. Su enfoque subraya que dicha transformación requiere una reforma profunda del sistema sanitario, no meramente técnica, sino política y social, que revalore la salud como bien común y condición esencial de ciudadanía plena. De esta forma, Laurell aporta al discurso sobre inequidad una dimensión claramente normativa: la salud debe ser motor de cohesión social y ejercicio de derechos en sociedades donde el poder todavía distribuye desigualdades profundas [74].

De tal forma, la MSL se apoya en una posición igualitarista social según la cual las desigualdades son injustas porque son producidas por una apropiación indebida por parte de una clase, un género o una etnia. Sólo si se afectan las condiciones en las cuales se produce una distribución desigual del poder en la sociedad, en función de la propiedad de los medios, o de los privilegios acumulados, se podrá construir a una sociedad justa, en función de las capacidades y necesidades humanas.

Modelos explicativos de las desigualdades sociales en salud

La comprensión de la salud ha evolucionado significativamente al transitar de modelos biomédicos centrados en la enfermedad individual hacia perspectivas más amplias que reconocen la

influencia del contexto social. Es así como, desde los siglos XVII y XVIII el papel de los condicionantes sociales en la salud de los individuos y las poblaciones cobró mayor importancia en la conciencia científica y política. En 1755, por ejemplo, el *Collegium Medicum* sueco declaró a los oficiales médicos del distrito que debían registrar los patrones anuales de enfermedades epidémicas y endémicas, la morbilidad y la mortalidad, al igual que las circunstancias que podrían influir en estos patrones: condiciones de vida, riesgos ambientales para la salud, así como comportamientos [75]. En 1840, en Alemania, Rudolf Virchow fue uno de los primeros defensores en esclarecer los efectos de la pobreza y las condiciones laborales sobre la salud de la población [75].

La evidencia empírica para el análisis de los determinantes sociales de la salud se fortaleció en el siglo XX. Se destaca el estudio de Thomas McKeown en 1970 donde concluyó que, en orden de importancia, las principales contribuciones a las mejoras en la salud en Inglaterra y Gales fueron la limitación del tamaño de la familia, el aumento en los suministros de alimentos y un entorno físico más saludable [75]. A su vez, en 1980, la publicación del *Black Report* en el Reino Unido, documentó las desigualdades en las tasas de mortalidad para hombres y mujeres de distintas clases sociales en diferentes partes del país y entre grupos racializados. El informe también identificó desigualdades en el acceso a los servicios de salud, particularmente servicios preventivos, con bajas tasas de aceptación por parte de las clases trabajadoras [75].

Es así como, desde diferentes disciplinas, se han formulado modelos explicativos que incluyen la selección social, las condiciones materiales y estructurales, así como psicosociales. Además, se consideran aspectos como la gobernanza, las dinámicas de poder, los procesos sociohistóricos, la encarnación (*embodiment*) de condiciones sociales y ecológicas, entre otros elementos relevantes. A continuación, se detallan algunos de ellos.



Fuente: <https://elpais.com>

Fotografía pacientes oncológicas durante sesión de terapia de naturaleza en el Jardín Botánico.



Modelo de determinación social de la salud, Jaime Breilh (1970)

La determinación social en salud se presenta como un marco teórico y metodológico que surge de la epidemiología crítica de mediados de la década de los 70, siendo Jaime Breilh uno de sus principales representantes. Este marco, que se ha visto complementado por diferentes autores de la corriente latinoamericana, parte de las categorías de *reproducción social* y *metabolismo sociedad-naturaleza* para conformar un eje teórico que problematiza el paradigma empírico funcionalista de la epidemiología³ y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, enfermar y morir. Como señala Breilh [4], la determinación se plantea en la interface del materialismo crítico, la economía política y la ecología política en un diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad.

La *reproducción social* se refiere al conjunto de procesos a través de los cuales una sociedad se mantiene y se perpetúa. No se trata solo de la reproducción biológica de la población, sino también de la reproducción de las relaciones sociales, las estructuras económicas, las instituciones políticas y las formas culturales que emergen en determinada sociedad. La reproducción social puede analizarse en tres niveles: el nivel general, se refiere a la reproducción de la sociedad en su conjunto, incluyendo sus estructuras económicas, políticas y culturales; el nivel particular aborda la reproducción de las clases sociales, los grupos étnicos y otros grupos sociales; finalmente, el nivel singular acoge la reproducción de las vidas individuales, incluyendo sus trayectorias educativas, laborales, familiares y de salud [4,36].

El *metabolismo sociedad-naturaleza*, a su vez, involucra al conjunto de interacciones materiales y energéticas que se producen entre la sociedad humana y el ambiente natural. Este concepto reconoce que la sociedad no es una entidad aislada de la naturaleza, sino que se encuentra intrínsecamente ligada a ella a través de un flujo constante de recursos y energía. El metabolismo puede analizarse desde tres perspectivas: la ecológica, se centra en los impactos ambientales de las actividades humanas como la contaminación, la deforestación y el cambio climático; la económica/productiva, se focaliza en la extracción, producción, distribución y consumo de recursos naturales, y la social, por su parte, resalta las desigualdades en el acceso a los recursos naturales y la exposición a los riesgos ambientales [36,44].

3. Desde la epidemiología crítica el enfoque empírico funcionalista de la epidemiología se centra en la recopilación de datos empíricos para identificar asociaciones entre variables y factores de riesgo. Es por esta razón que dicho enfoque tiende a buscar relaciones causales lineales entre factores de riesgo y resultados de salud, asumiendo la salud como el resultado de los factores individuales. Por este motivo la epidemiología crítica señala que dicho paradigma ignora el contexto social, económico, político y ambiental en el que se desarrollan los procesos de salud y enfermedad, perdiendo de vista la influencia de las desigualdades sociales, la pobreza, la discriminación y la exclusión social en la salud. En enfoque funcionalista reduce la complejidad de la realidad social a variables aisladas y medibles y legitima las desigualdades sociales al no cuestionar las estructuras sociales y económicas que las generan [4].

Como se muestra en la Figura 2, este modelo concibe la salud como un objeto multidimensional influenciado por la determinación social que opera en tres niveles interconectados: la sociedad en su conjunto (orden general), los grupos sociales (orden particular) y los individuos (orden singular), siendo la salud un objeto, un concepto y un campo de acción⁴.

Desde este modelo existen muchas formas y jerarquías de determinación de los procesos humanos, que exigen un esfuerzo de superación de las dicotomías. Para ello se acude a una comprensión dialéctica de lo humano:

Desde la dialéctica [...] se asumen las contradicciones que ocurren dentro y entre las sociedades como la fuerza de la historia humana, de tal manera que esa forma de heterogeneidad, en sí misma, se convierte en el objeto de estudio [...]. Entonces, desde un enfoque dialéctico no existe primacía ontológica ni del individuo ni de la sociedad” [72, p. 130].

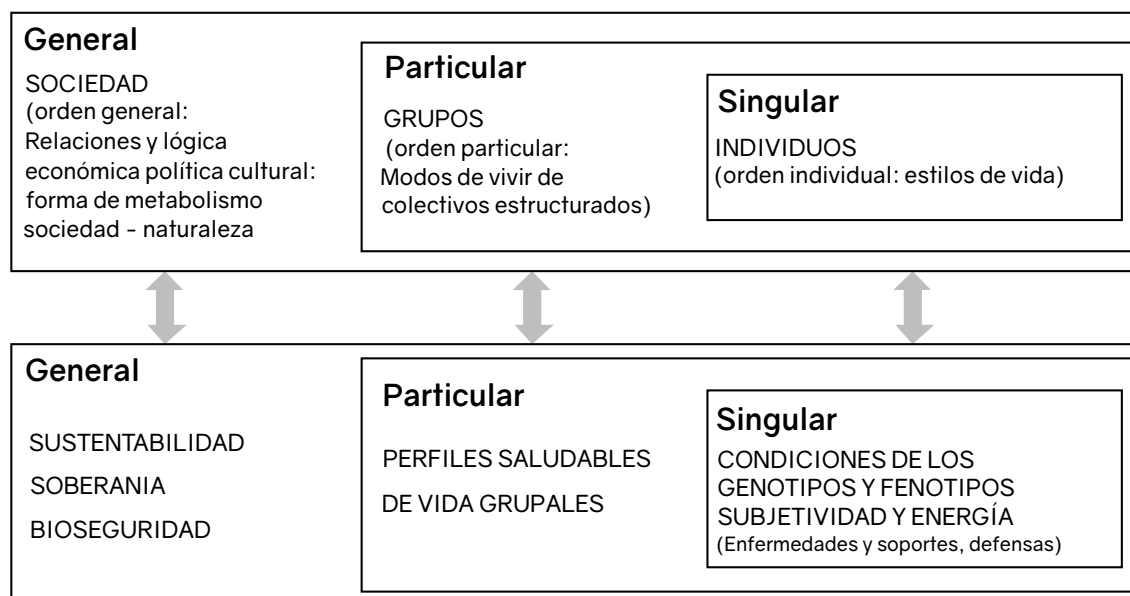
Desde esta perspectiva, más que “ex-posición” a riesgos externos, los sujetos sufren procesos de “im-posición” de condiciones de vida [36].



Fuente: Oficina Asesora de Comunicaciones - SDS
Sesión colectiva en estrategia sociosanitaria en conjunto con la Secretaría de Integración Social, localidad de Fontibón.

4. La salud como concepto reconoce que la salud no es una entidad monolítica con una definición universalmente aceptada, en cambio es un concepto polisémico dados los múltiples significados asociados de acuerdo con el contexto social, cultural e histórico. La salud como objeto implica entenderla como un objeto de estudio complejo que abarca aspectos objetivos, (los indicadores de morbi-mortalidad, por ejemplo) y subjetivos como bien puede ser la percepción de bienestar y calidad de vida. Finalmente, la salud como campo de acción (praxis) llama la atención sobre la salud como un campo donde se implementan políticas e intervenciones. Desde la epidemiología crítica se realiza un llamado para generar conocimiento que pueda ser utilizado para transformar las condiciones sociales que generan las desigualdades sociales de la salud [4].

Figura 2. Modelo de determinación social de la salud, Jaime Breilh



Fuente: Jaime Breilh [4]

La perspectiva de la determinación se aparta de manera radical del modelo propuesto por la Comisión de la OMS en cuanto su interés no se centra en la gobernanza, sino que hace una propuesta emancipadora en la lucha por superar un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza [44].

Modelo socioeconómico de la salud, Dahlgren y Whitehead (1991)

El modelo de Dahlgren y Whitehead hace parte de los modelos nórdicos de los determinantes de la salud “arcoíris” (*rainbow models*), estrechamente vinculados a los conceptos de *diagnóstico comunitario*⁵ y *entornos propicios para la salud*, que cobraron fuerza a mediados del siglo XX y que emanaron de las tendencias en salud pública de los siglos XVII y XVIII [75].

Dahlgren y Whitehead ofrecen un enfoque comprensivo para entender las desigualdades en salud, identificando que estas surgen de la interacción de múltiples factores en distintos niveles, desde lo individual hasta lo comunitario y social. Como se muestra en la Figura 3, los *factores individuales* como la edad, el sexo y las características genéticas, son considerados como determinantes fundamentales que establecen el potencial de salud de una persona; a su vez, estos factores interactúan con *estilos de vida* que incluyen hábitos alimenticios, actividad física y consumo de sustancias, que son modificables y reflejan las decisiones personales; las *redes sociales y comunitarias*, por su parte, al

proporcionar apoyo y recursos, desempeñan un papel esencial en la configuración de comportamientos saludables.

Por otro lado, las *condiciones de vida y trabajo*, que abarcan el acceso a alimentos, educación, empleo y servicios de salud, así como el entorno físico donde las personas residen, son cruciales para determinar la calidad de vida. Finalmente, los autores subrayan la importancia de las políticas y sistemas de salud, los cuales establecen el marco para la distribución de recursos y servicios necesarios. Así, su modelo evidencia que las desigualdades en salud no son problemáticas aisladas, sino el resultado de una compleja red de interacciones que refleja estructuras sociales, económicas y culturales, y que exige un enfoque integral para abordarlas de manera efectiva [18,21,75].

Como se muestra en la Figura 3, los factores individuales como la edad, el sexo y las características genéticas, son considerados salud de una persona. A su vez, estos factores interactúan con estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios, actividad física y consumo de sustancias, que son modificables y reflejan las decisiones personales. Las redes sociales y comunitarias, por su parte, al proporcionar apoyo y recursos, desempeñan un papel esencial en la configuración de comportamientos saludables. Por otro lado, las condiciones de vida y trabajo, que abarcan el acceso a alimentos, educación, empleo y servicios de salud, así como el entorno físico donde las personas residen, son cruciales para determinar la calidad de vida. Finalmente, los autores subrayan la importancia de las políticas y sistemas de salud, los cuales establecen el marco para la distribución de recursos y servicios necesarios. Así, este modelo evidencia que las desigualdades en salud no son problemáticas aisladas, sino que son el resultado de una compleja red de interacciones que reflejan estructuras sociales, económicas y culturales, y que exigen un enfoque integral para abordarlas de manera efectiva [18,21,75].

5. A mediados del siglo XX se introdujo el concepto de diagnóstico comunitario en la literatura epidemiológica como una herramienta para el desarrollo de políticas para abordar la inequidad en salud. En términos generales, el diagnóstico comunitario implica desarrollar una descripción cuantitativa y cualitativa de la salud de una comunidad y los factores que influyen en su salud, identificando problemas, proponiendo áreas de mejora y estimulando la acción [75].

Figura 3. Modelo socioeconómico de la salud, Dahlgren y Whitehead



Fuente: Dahlgren y Whitehead [18]

A los “modelos arcoíris” se les asociaban limitaciones conceptuales y metodológicas. En cuanto a lo conceptual, sus críticos argumentaban la falta de una definición explícita de los determinantes de la salud, si bien se basaban en la definición de salud de la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia. Respecto a las limitaciones metodológicas, los modelos iniciales no lograban reflejar todas las relaciones entre los determinantes de la salud, ni la posible falta de dichas relaciones. Esto se debió, en parte, a que los modelos servían principalmente para fines educativos y de influencia en las políticas, no para un análisis exhaustivo de cada relación. Además, no incluían algunos determinantes importantes, como los avances tecnológicos digitales, aspectos ambientales amplios y aspectos existenciales [75].

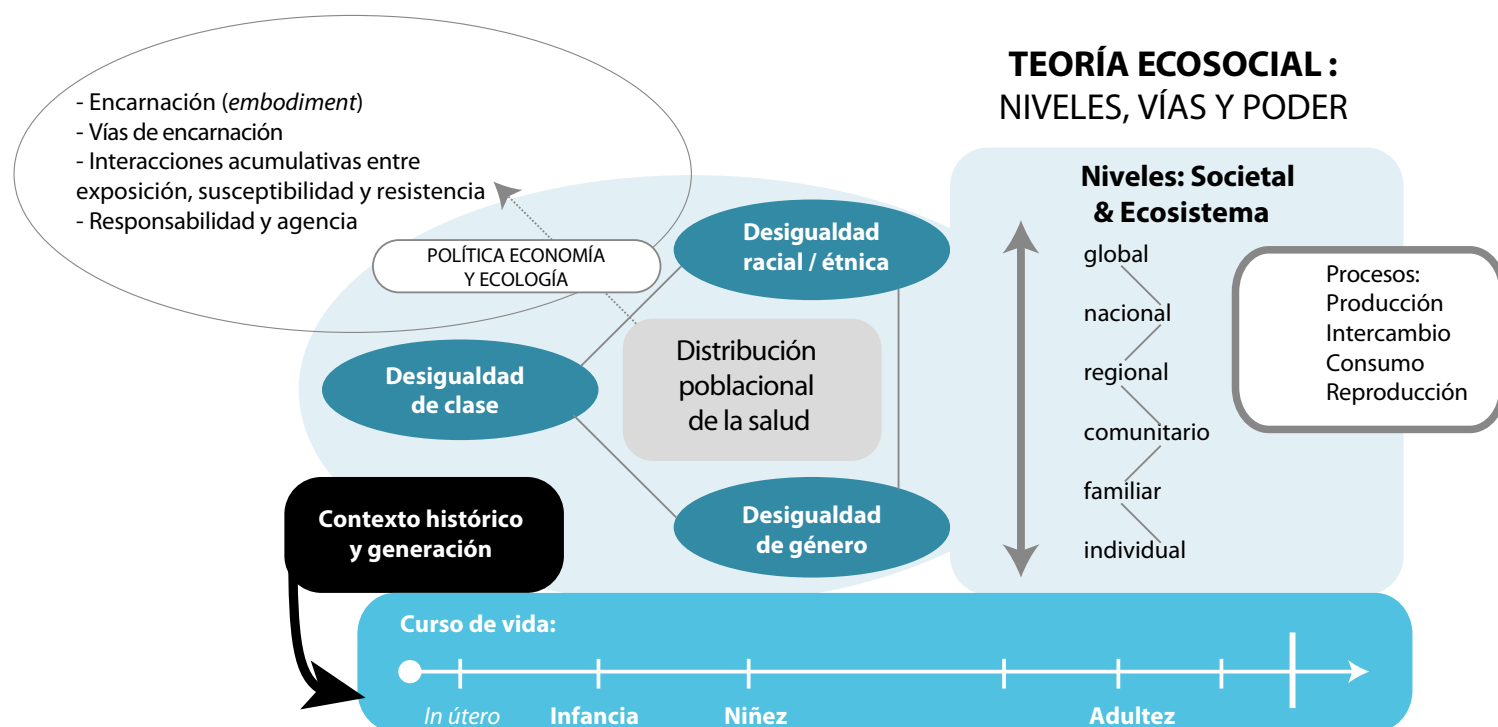
Teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, Nancy Krieger (1994)

La teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, propuesta por Nancy Krieger en 1994, ofrece un marco integral para comprender cómo las condiciones sociales, políticas y económicas se incorporan biológicamente en los individuos, influyendo en la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones [73]. Este enfoque es esencial para los profesionales de la salud pública que buscan abordar las desigualdades en salud desde una perspectiva estructural e intersectorial.

La Figura 4 presenta de manera sintética los principios fundamentales de la teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades propuesta por Krieger; muestra cómo las desigualdades sociales estructurales, específicamente de clase, género y raza/etnicidad, interactúan para modelar la distribución poblacional de la salud. Estas desigualdades no operan de forma aislada, sino que están inmersas en un entramado mayor de relaciones políticas, económicas y ecológicas, que constituyen el marco estructural generador de inequidades.

Este modelo reconoce que los efectos de estas condiciones se manifiestan a lo largo del curso de vida, desde la vida intrauterina hasta la adultez, en interacción con los contextos históricos y generacionales. A través del concepto de incorporación o encarnación (embodiment), la teoría explica cómo las experiencias sociales se internalizan biológicamente, mediante vías que operan en distintos niveles del ecosistema social: global, nacional, regional, comunitario, familiar e individual. En estos niveles se desarrollan procesos claves como la producción, el intercambio, el consumo y la reproducción, todos mediados por las jerarquías sociales existentes. Además, la figura destaca principios como las interacciones acumulativas entre exposición, susceptibilidad y resistencia, y la responsabilidad institucional en la producción de las condiciones que afectan la salud. De esta manera, la teoría ecosocial articula el análisis estructural de las desigualdades con su expresión biológica, ofreciendo una comprensión crítica, multiescalar y dinámica de los procesos que configuran la salud de las poblaciones [76,77].

Figura 4. Teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, Nancy Krieger



Fuente: Nancy Krieger [79, p. 47]
Versión traducida al español

Por otro lado, la teoría aborda la agencia y la responsabilidad, señalando que las instituciones y políticas tienen un papel crucial en la configuración de las condiciones que determinan la salud de las poblaciones [78]. Esto implica que las desigualdades en salud son el resultado de decisiones y estructuras sociales específicas, y no simplemente consecuencias inevitables.

Finalmente, la teoría ecosocial de Nancy Krieger proporciona una perspectiva comprensiva y crítica para entender cómo las estructuras sociales y las experiencias individuales se entrelazan para influir en la salud de las poblaciones. Este marco es esencial para desarrollar intervenciones que aborden las raíces estructurales de las desigualdades en salud, promoviendo políticas que integren acciones en múltiples niveles y sectores.

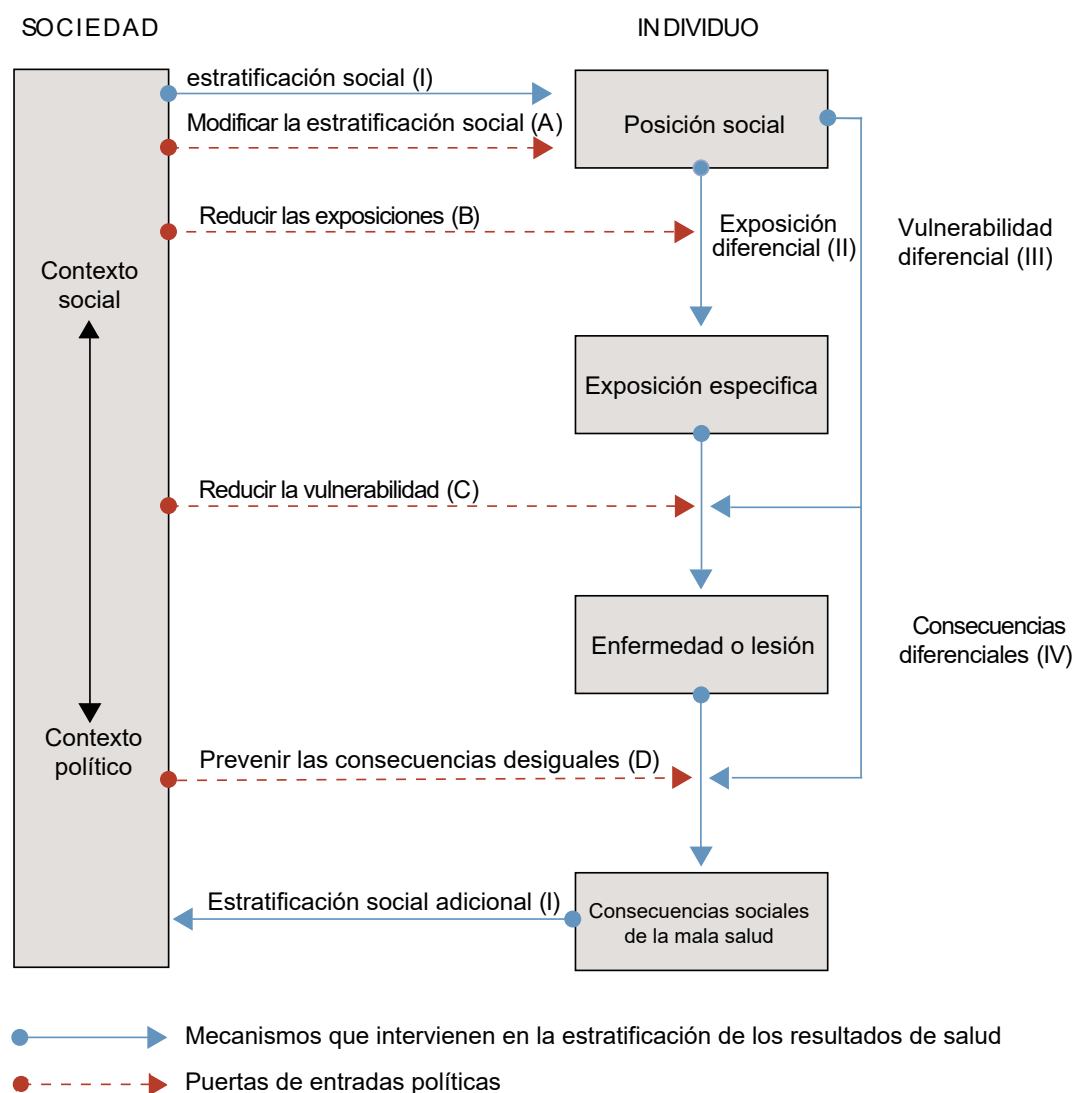
Modelo de la estratificación y producción social de la enfermedad: Diderichsen, Evans y Whitehead (19)

El modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead [19] amplía el modelo de estratificación y producción social de la enfermedad inicialmente propuesto por Diderichsen y Hallqvist, al destacar la relación intrínseca entre la posición social de un individuo y los factores de riesgo asociados a su salud. Este enfoque sostiene que las estructuras sociales determinan las posiciones que ocupan las personas, influyendo en su acceso a recursos y

oportunidades de bienestar, y genera un gradiente en el estado de salud.

La Figura 5 expone cuatro mecanismos clave para entender cómo la estratificación social contribuye a las inequidades en salud. La *estratificación social* se refiere a la forma en que la sociedad organiza a sus miembros en jerarquías basadas en condiciones como la riqueza, el poder, el estatus social y el acceso a recursos. Ya que esta organización crea desigualdades sistemáticas entre diferentes grupos sociales, lo que influye en sus oportunidades y calidad de vida, la estratificación social se convierte en el área más importante para abordar las desigualdades en salud. Al emerger las posiciones de contexto específicos, su clasificación varía de acuerdo con las estructuras de cada sociedad [19]. La *exposición diferencial*, por su parte, señala cómo diferentes grupos sociales están expuestos de manera desigual a factores de riesgo para la salud en función del tipo, cantidad y duración. Dichas diferencias en la exposición podrían explicar el aumento del riesgo relacionado con diversos eventos de salud asociados a posiciones sociales más vulnerables [19].

A su vez, la *vulnerabilidad diferencial* se relaciona con la concentración de exposiciones nocivas dentro de las distintas posiciones sociales, asociada con la variabilidad en la susceptibilidad de los individuos para desarrollar ciertos eventos en salud. Elementos vinculados al control, el apoyo social, el bienestar psicológico o las divergencias en la inmunidad biológica frente a condiciones que inciden en el proceso salud-enfermedad, se relacionan con las nociones de vulnerabilidad diferencial a la mala salud.

Figura 5. Modelo de la estratificación y producción social de la enfermedad, Diderichsen, Evans y Whitehead

Fuente: Diderichsen, Evans y Whitehead [19]

Finalmente, como su nombre lo indica, las consecuencias diferenciales refieren a la forma en que diferentes grupos sociales experimentan diversas consecuencias negativas en salud como el resultado de la exposición a factores de riesgo y vulnerabilidad. En conjunto, estos elementos revelan que el contexto social no solo influye en la salud de los individuos, sino que también determina las distribuciones de poder y bienestar en la sociedad, señalando la necesidad de políticas que aborden estas desigualdades estructurales [21,80].

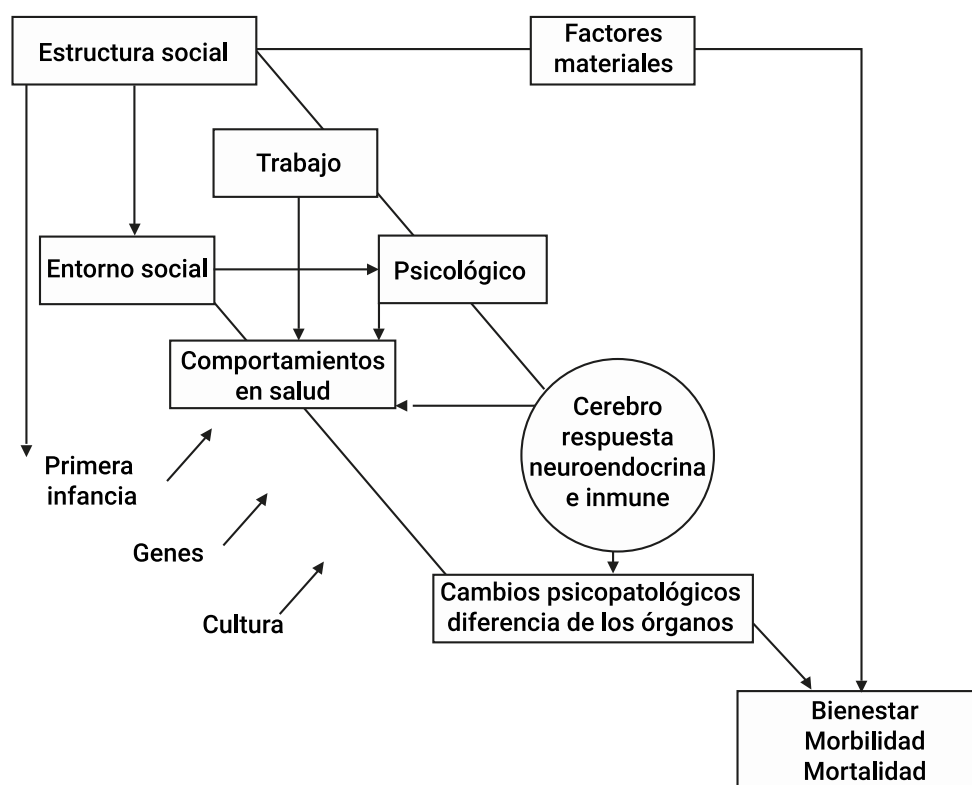
Modelo de producción de inequidades a lo largo de la vida, Marmot y Wilkinson (2006)

El modelo de producción de inequidades a lo largo de la vida desarrollado por Marmot y Wilkinson establece un marco para el diseño de políticas públicas que vinculan la estructura social con el proceso de salud-enfermedad y la longevidad. Este enfoque

reconoce que las desigualdades en salud son el resultado del efecto acumulativo de desventajas sociales y económicas que comienzan desde la infancia y persisten a lo largo del ciclo vital.

Los autores identifican diversas vías materiales, psicosociales y conductuales que afectan la salud, junto con la influencia de componentes genéticos y condiciones culturales, como se expresa en la Figura 6. Subrayan la importancia de aspectos como la pobreza, la exclusión, el entorno laboral, el soporte social y las políticas alimentarias, entre otros, al argumentar que estos determinantes configuran comportamientos y condiciones psicológicas que impactan la salud. Además, enfatizan que la ubicación geográfica y el contexto histórico juegan un papel crucial en el equilibrio de estas influencias. En su propuesta, los autores integran perspectivas clínicas y sociales, y abogan por un enfoque en la prevención en la salud pública, al destacar el rol fundamental de las políticas públicas en la creación de entornos que faciliten una mejor salud y bienestar para todos [21,81].

Figura 6. Modelo de producción de inequidades a lo largo de la vida, Marmot y Wilkinson



Fuente: Marmot y Wilkinson [9]

Modelo de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud: OMS (2008)

El modelo conceptual propuesto por la Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS en 2008 constituye una de las herramientas más influyentes a nivel global para el análisis de las desigualdades sociales en salud. Esta propuesta surge como resultado del mandato explícito de la OMS dirigido a generar evidencia científica que orientara a los gobiernos en la reducción de las desigualdades que generan inequidades en salud a través de la acción sobre las causas sociales subyacentes, es decir, sobre los determinantes sociales de la salud [3,5].

Desde esta perspectiva el modelo plantea que las desigualdades en salud no se deben exclusivamente a diferencias genéticas, elecciones individuales o factores biológicos, sino que son el resultado de un sistema estructurado de desigual distribución del poder, los recursos y las oportunidades. El modelo distingue entre dos grandes niveles de determinantes como se referencia en la Figura 7. Por un lado están los determinantes estructurales, que hacen referencia a las condiciones macro que configuran la estratificación social y determinan la posición que las personas ocupan en la jerarquía social. Estos incluyen el contexto político, el modelo económico, las políticas públicas, la gobernanza, el sistema educativo, el mercado laboral, la protección social, y los ejes de desigualdad como la clase social, el género, la etnicidad o el territorio. Esta posición social condiciona de forma directa e indirecta la posibilidad de vivir una vida saludable.

Por otro lado, el modelo identifica los determinantes intermedios, que se refieren a las condiciones materiales y sociales derivadas de la posición social, y que actúan como mecanismos a través de los cuales esta posición influye en los resultados de salud. Estos determinantes intermedios incluyen las condiciones de vida y trabajo, el ingreso, la vivienda, el acceso a servicios, el apoyo social, los niveles de estrés, los estilos de vida y también el funcionamiento del sistema de salud. Es decir, una persona situada en desventaja estructural estará más expuesta a ambientes contaminados, empleos inseguros, inseguridad alimentaria, discriminación y barreras de acceso a servicios, todo lo cual incrementa su riesgo de enfermar y morir prematuramente.

Un aporte central de este modelo es la idea del gradiente social en salud: no sólo las personas en situación de pobreza tienen peor salud, sino que existe una relación continua entre nivel socioeconómico y los resultados en salud, de modo que cada peldaño más bajo en la escala social se asocia con un mayor riesgo de enfermedad y muerte. Esto demuestra que las desigualdades en salud afectan a toda la sociedad y no únicamente a los grupos más excluidos, reforzando el principio de universalismo proporcional [51]. Asimismo, la Comisión de la OMS subraya que estas desigualdades son evitables, injustas e inaceptables desde una perspectiva ética y de derechos humanos. En consecuencia, el modelo no solo identifica causas, sino que orienta la necesidad de acciones estructurales e intersectoriales para abordarlas.

Posteriormente las orientaciones derivadas del modelo de la Comisión convergieron con el enfoque de Salud en todas las políticas (*Health in All Policies*, HiAP), que fue formalizado en la Declaración de Adelaida de 2010 durante la IX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud [82]. Esta declaración establece que las políticas públicas, independientemente del sector desde el cual se formulan, tienen efectos directos e indirectos sobre la salud y el bienestar, por lo que sectores como educación, vivienda, transporte, trabajo, medio ambiente, planeación urbana, protección social y cultura, deben asumir una responsabilidad activa en la reducción de desigualdades. HiAP propone mecanismos de gobernanza que favorecen la coordinación intersectorial, la toma de decisiones basada en evidencia, la evaluación del impacto en salud y la búsqueda de beneficios compartidos para toda la población. Esta apuesta refuerza la idea de que la producción de bienestar no es competencia exclusiva del sector salud, sino un objetivo colectivo que requiere coherencia y articulación entre políticas públicas, así como la acción concertada de todos los sectores que influyen en los determinantes sociales de la salud.

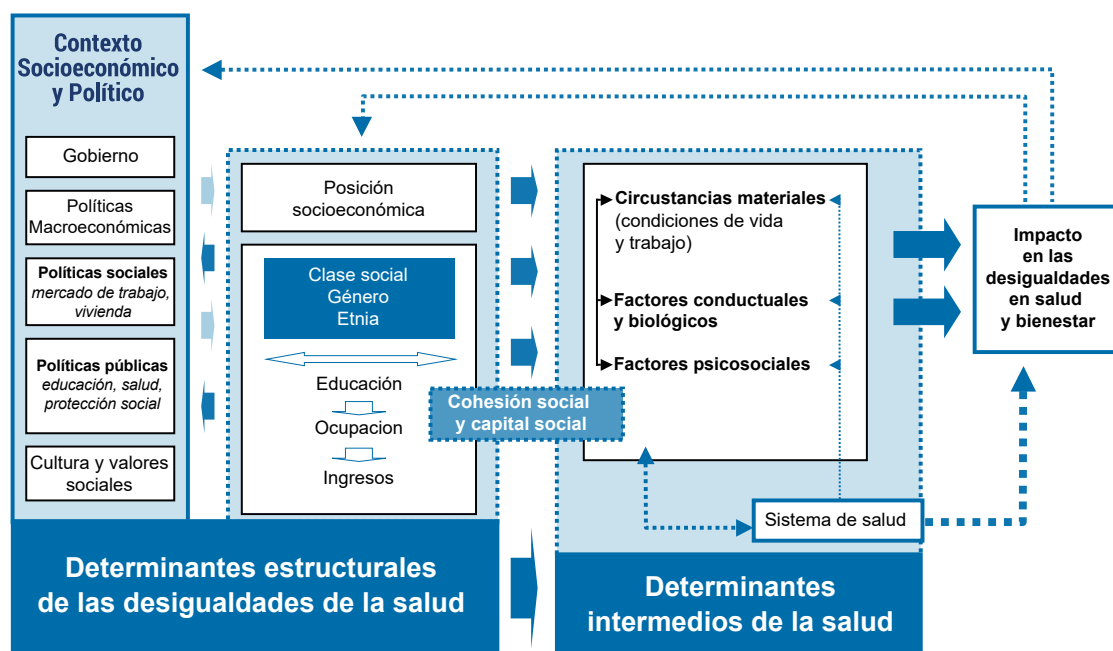
No obstante, el modelo de determinantes sociales de la salud propuesto por la OMS ha sido objeto de diversas críticas desde la perspectiva de la salud colectiva latinoamericana. En primer lugar, se ha señalado que presenta ambigüedades conceptuales y limitaciones operativas, careciendo de definiciones precisas sobre los determinantes y sus interrelaciones, lo que simplifica la complejidad social y omite dinámicas bidireccionales, como el impacto de la salud en el desarrollo económico. Además, se critica su alineación con posturas reformistas, al promover acciones redistributivas dentro del orden socioeconómico existente sin cuestionar las raíces estructurales de la desigualdad.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud se advierte que reducir el análisis a las “causas de las causas” invisibiliza las relaciones de poder que estructuran el sistema socioeconómico. Asimismo, como señala Breilh [4], la estructuración jerárquica del modelo en niveles (estructural, intermedio, proximal) puede inducir a intervenciones fragmentadas si no se articula con claridad una lógica integradora, lo que limita el potencial transformador del enfoque.

Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2008)

El marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, desarrollado por la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, constituye una adaptación crítica y situada del modelo propuesto por la Comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS. Este modelo se formuló en el contexto del mandato otorgado en 2008 por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social, con el objetivo de analizar las causas de las desigualdades en salud en el Estado español y generar una propuesta integral de políticas e intervenciones para reducirlas. El resultado fue un marco de referencia estructurado, multidimensional y operativo que ha servido desde entonces como guía técnica y política en el abordaje de la equidad en salud desde una perspectiva intersectorial y basada en derechos [83].

Figura 7. Modelo de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, OMS



Fuente: OMS [5]

Versión traducida al español

Este modelo conceptual parte de una definición ampliamente aceptada: las desigualdades sociales en salud son diferencias evitables e injustas en los niveles de salud entre grupos poblacionales definidos según características socioeconómicas, de género, etnia, edad, territorio, entre otras; estas desigualdades se originan en la distribución desigual de los recursos y oportunidades relacionados con la salud, la cual, a su vez, está determinada por estructuras sociales, económicas y políticas más amplias. Esta visión se sustenta en la evidencia acumulada que demuestra que las condiciones sociales y económicas tienen un peso mayor que los factores biomédicos o conductuales individuales en la producción de salud y enfermedad [83,84].

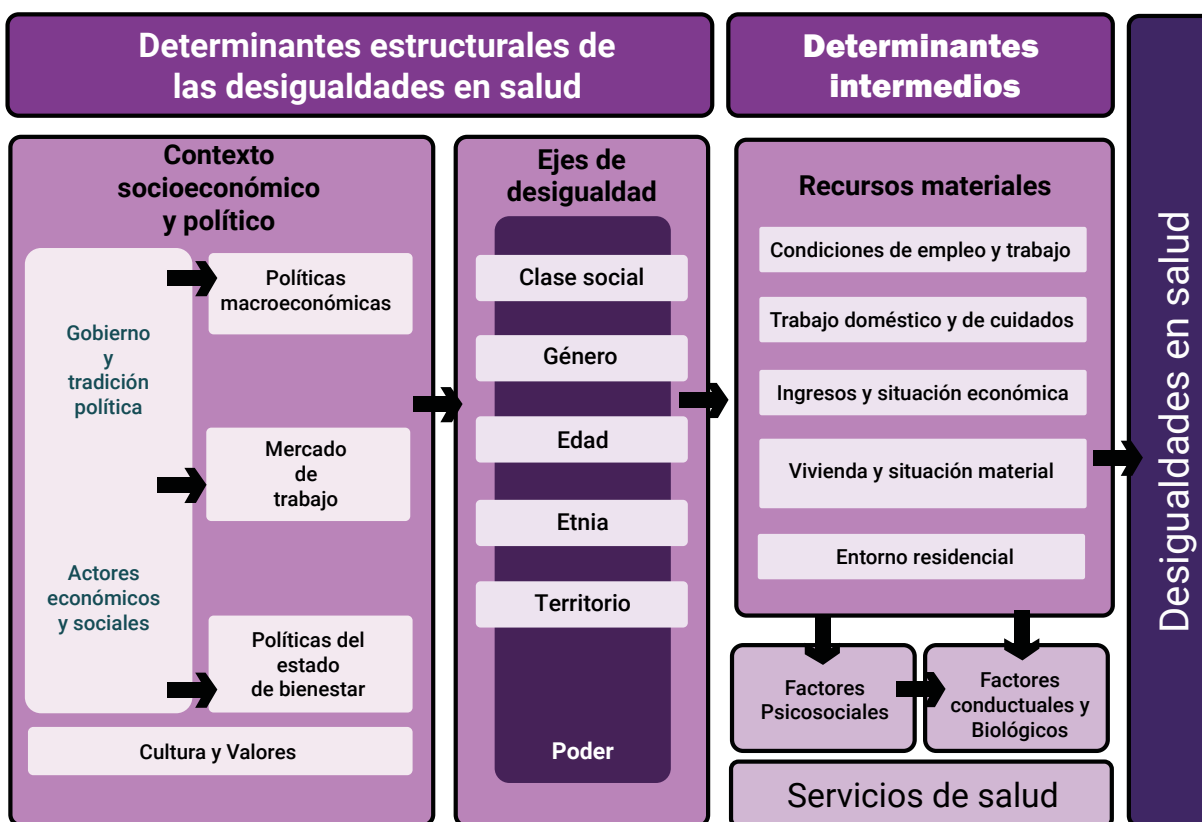
La Comisión española retoma como base el modelo de la OMS desarrollado por Solar e Irwin, el cual estructura los determinantes sociales en dos grandes bloques: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. Como se muestra en la Figura 8, los estructurales se refieren al contexto socioeconómico y político, la estratificación social y los ejes de desigualdad (como clase social, género o etnia), que configuran las posiciones que ocupan los individuos y grupos en la sociedad. Por su parte, los determinantes intermedios comprenden las condiciones materiales, los procesos psicosociales, los estilos de vida y el acceso al sistema de salud, y son considerados las vías a través de las cuales la estructura social se traduce en desigualdades en salud [56].

En este contexto, la adaptación española del modelo introduce varios elementos distintivos respecto al esquema original de

la OMS. En primer lugar, se amplía la conceptualización del contexto político y económico al incorporar variables como la tradición política, el papel de los sindicatos, la estructura fiscal, la organización territorial del Estado y el papel de las políticas públicas no sanitarias (por ejemplo, las políticas de empleo, vivienda o educación). Además, se hace un énfasis explícito en los valores culturales y sociales que configuran las prioridades públicas y el grado de compromiso colectivo con la equidad. Esta ampliación permite analizar con mayor profundidad los mecanismos por los cuales el poder y la distribución de recursos estructuran las oportunidades de salud de la población [77].

Asimismo, el modelo español incorpora con mayor claridad la noción de interseccionalidad, entendiendo que los ejes de desigualdad (clase social, género, etnia, edad, territorio, entre otros) interactúan de forma simultánea y generan posiciones de vulnerabilidad específicas (es decir, desde una comprensión que reconoce cómo múltiples sistemas de opresión y privilegio, como el racismo, el sexismo, el clasismo o la xenofobia, se entrecruzan y configuran experiencias diferenciadas de desigualdad en individuos y comunidades). Esta aproximación permite superar análisis unidimensionales y abordar las múltiples formas de exclusión y discriminación que afectan a distintos grupos sociales. También se incluye de forma destacada el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado como una dimensión relevante de las condiciones materiales; visibiliza su impacto sobre la salud, particularmente de las mujeres [55].

Figura 8. Modelo de la Comisión para reducir las desigualdades en salud de España



Fuente: Comisión para reducir las desigualdades en salud en España [83]

En el ámbito de los determinantes intermedios el modelo mantiene la estructura general propuesta por la OMS, pero con matices importantes: se destacan las condiciones de empleo y trabajo, los ingresos, la vivienda, el entorno físico y social, y el acceso a servicios públicos; también se incluye el sistema sanitario como factor que puede mitigar o acentuar las desigualdades, dependiendo de su diseño institucional, accesibilidad, calidad y equidad en la distribución de recursos. La inclusión de estos componentes pretende capturar mejor las particularidades del contexto español, caracterizado por fuertes diferencias regionales y un mercado laboral segmentado [85].

En este marco, la utilidad del modelo radica en su capacidad para articular un diagnóstico comprehensivo de las causas de las desigualdades en salud con una agenda operativa de intervención. A diferencia de otros marcos más descriptivos, este modelo fue desarrollado con el propósito explícito de orientar la acción política; prueba de ello es que a partir de su formulación se elaboraron 166 recomendaciones específicas, organizadas en 14 áreas prioritarias, que abarcan desde reformas macroeconómicas hasta intervenciones comunitarias. Estas recomendaciones ofrecen una hoja de ruta concreta para la implementación de políticas públicas con enfoque de equidad, tanto en el sector salud como en otros sectores clave como vivienda, educación, empleo y servicios sociales [55].

Además, este modelo proporciona una base para la construcción de sistemas de vigilancia de las desigualdades en salud, dado que reconoce la necesidad de generar y sistematizar información desagregada sobre determinantes sociales, resultados de salud y utilización de servicios, con el fin de monitorear la evolución de las desigualdades y evaluar el impacto de las políticas implementadas como lo resume la imagen. Esta perspectiva se articula con los principios de la salud pública basada en la equidad y la rendición de cuentas social, y ha sido retomada en diversas experiencias autonómicas dentro de España y en contextos internacionales afines [85].

Marco metodológico para la adaptación de un modelo conceptual para la toma de decisiones en la Línea de análisis en desigualdades sociales de la salud de Bogotá

La metodología que se plantea a continuación se inscribe en la construcción de una línea de análisis sobre desigualdades sociales en salud para Bogotá, liderada por la Subsecretaría de Salud Pública a través de sus direcciones de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Este desarrollo parte del principio de que la toma de decisiones en salud pública requiere evidencia sólida, crítica y contextualizada sobre los determinantes sociales de las desigualdades, entendidas éstas como expresiones injustas y evitables de inequidad que afectan las condiciones de bienestar y las oportunidades de vida, y cuyo abordaje constituye una corresponsabilidad ética, política e institucional del gobierno distrital y de la sociedad.

Este ejercicio se articula con procesos históricos de reflexión y acción orientados a comprender y enfrentar las inequidades

en salud desde escenarios académicos, técnicos y políticos, al reconocer que su análisis exige herramientas rigurosas y marcos conceptuales capaces de interpretar la complejidad de las relaciones sociales que las producen y reproducen. Con este propósito se desarrolló un proceso metodológico sustentado en una base teórica que guía la comprensión, interpretación y operacionalización de los análisis. Este desarrollo inició con la revisión de literatura especializada y avanzó hacia el análisis empírico y la adaptación conceptual al contexto del Distrito Capital.

Fue así como se realizó una revisión de la literatura existente en español y en inglés relacionada con las definiciones, conceptos y teorías de las desigualdades sociales e inequidades en salud, haciendo un énfasis en los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos, cuyo resultado se ha presentado en la sección anterior. Esta revisión se desarrolló de forma colaborativa, por medio de seminarios temáticos y espacios de discusión crítica, permitiendo identificar conceptos clave, teorías relevantes y modelos previamente utilizados, lo que sirvió como base para las discusiones posteriores que llevaron a la adaptación del marco teórico conceptual que fundamentará los análisis de las desigualdades sociales de la salud en la Línea.

Asimismo, se promovieron espacios de diálogo y actividades interactivas con el fin de facilitar el intercambio de ideas y la reflexión crítica sobre los ejes de desigualdad y otras dimensiones relacionadas con la producción social de las inequidades en salud. En este marco se seleccionaron dos fenómenos (la Diabetes Mellitus tipo 2 controlada como evento en salud y la esperanza de vida al nacer como indicador demográfico) cuyo análisis permite reafirmar que las desigualdades en salud se explican por la intersección de múltiples ejes que configuran condiciones diferenciadas de vulnerabilidad.

A partir de estas discusiones se avanzó en la construcción de un marco conceptual adaptado al contexto de Bogotá, que tomó como referencia el modelo propuesto por la Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS y su adaptación en España. De tal manera, este marco busca orientar futuros análisis sobre desigualdades sociales en salud en el Distrito Capital. Vale recalcar aquí que este resultado no constituye un producto cerrado, sino una base inicial para fortalecer la comprensión y el abordaje de las desigualdades sociales en salud desde la perspectiva de su producción social y, por tanto, es susceptible de enriquecerse con nuevos elementos conceptuales, metodológicos y empíricos, en la medida en que avance el trabajo técnico, intersectorial y político.

Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud adaptado para Bogotá, D. C.

La adaptación del modelo de los determinantes sociales de la salud adoptado por España se fundamenta en la necesidad de abordar las desigualdades que impactan de manera diferenciada a diversos grupos poblacionales, desde el reconocimiento de que las condiciones de tipo social, económico, político y ambiental inciden de forma decisiva en la salud de las personas [83]. Este



modelo, articulado originalmente en el contexto español, enfatiza la urgencia de promover intervenciones intersectoriales que abarquen las condiciones de vida, el acceso a recursos y la participación de la comunidad, todo ello con el fin de reducir brechas y promover la equidad. De igual modo, su aplicabilidad en otras realidades territoriales, como la bogotana, obedece a su carácter integral y a la evidencia de su efectividad en la reducción de disparidades, más allá de la provisión estricta de servicios médicos [55].

Como se mostró en el apartado precedente, existen distintos modelos explicativos de las formas de producción y reproducción de condiciones socioeconómicas, políticas y jerarquías sociales, que determinan las desigualdades en salud. Bogotá, al tener más de 8 millones de habitantes en una extensión geográfica reducida comparada con otros municipios y distritos en el país, exige un análisis profundo de los determinantes estructurales y de las condiciones que inciden de forma particular en la salud de los diferentes grupos socialmente constituidos, para lo cual se

adapta el Modelo de la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España.

El modelo español contiene dos elementos principales: los *determinantes estructurales* y los *determinantes intermedios* de las desigualdades en salud. Como se muestra en la Figura 9, dichos elementos son retomados por el modelo para Bogotá. Los determinantes *estructurales* comprenden el entorno socioeconómico y político, así como la organización de la estructura social [86]. Este entorno incluye elementos que influyen de manera importante en la forma como se distribuye el poder y los recursos dentro de una sociedad. Es así como se encuentra, en un sentido amplio, el *gobierno* —que abarca aspectos como la tradición política, la transparencia institucional y la corrupción— y los *actores económicos y sociales*. Dichos actores inciden directamente en el diseño y aplicación de políticas macroeconómicas, en las dinámicas laborales y en las políticas públicas sobre temas como la educación, la atención sanitaria y la protección social.

Figura 9. Modelo de determinantes sociales de salud adaptado al contexto de Bogotá, D. C.



Fuente. Elaboración propia a partir del modelo de Determinantes sociales de salud de la Comisión de España (2025)



Es importante resaltar que en la adaptación del modelo para Bogotá la relación entre el gobierno y los actores económicos y sociales con las políticas macroeconómicas, el mercado laboral y las políticas del Estado, es dialógica en vez de unidireccional. Es decir, se incluyen mutuamente en un proceso constante de retroalimentación; se reconocen, además, los procesos de gobernanza multinivel en donde existe uno macro (sistema nacional), que les impone una carga adicional a las relaciones de transacción y poder territoriales. Es así como, por ejemplo, si bien el gobierno configura el mercado normativo y político que da forma a las políticas macroeconómicas, regula el mercado laboral y define el alcance de las políticas públicas, a su vez, las condiciones del mercado de trabajo y las dinámicas macroeconómicas moldean la capacidad del gobierno, al igual que las relaciones entre actores sociales y económicos.

Adicionalmente, el modelo adaptado para Bogotá incluye en su dimensión conceptual y metodológica, así como en su representación gráfica, las *condiciones ambientales* como determinantes sociales y estructurales. Así, en lugar de considerar el ambiente como una condición física del entorno o separado de la sociedad, se propone una relación dialéctica entre naturaleza y sociedad. De tal manera, la comprensión de los problemas ambientales y su relación con los impactos en la salud pasa por considerar las estructuras sociales que los producen, la distribución desigual del poder, el acceso a los recursos y las formas de producción.

Entender las condiciones ambientales como resultados de procesos históricos y relaciones de poder permite entrever como se generan exposiciones diferenciadas a riesgos ambientales que afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos poblacionales. De tal manera, los determinantes ambientales adquieren relevancia en la planificación distrital, ya que las condiciones de contaminación del aire, el acceso diferencial a espacios verdes y la exposición a riesgos ambientales, se suman a las inequidades sociales existentes y potencian las brechas en salud [87].

Finalmente, el modelo de Bogotá retoma los *valores sociales y culturales* como determinantes estructurales, ya que sustentan políticas y jerarquías dentro de una sociedad [86]. A su vez, se adiciona la cohesión social, al reconocer que la confianza y solidaridad en la comunidad pueden mitigar o reforzar las desigualdades según la disponibilidad de redes de apoyo y la participación ciudadana.

Como se mencionó en apartados anteriores, existen múltiples dimensiones de desigualdad que configuran jerarquías de poder, entre ellos la clase social, el género, la edad, la pertenencia étnica o racial, y el lugar de residencia. Éstos influyen directamente en las posibilidades de alcanzar y mantener una buena salud y manifiestan que el acceso a recursos, el reconocimiento social y el ejercicio del poder no se distribuyen de manera equitativa. Estas desigualdades están vinculadas a formas de discriminación estructural -como el racismo, el sexismo o el clasismo- que se manifiestan en prácticas institucionales y sociales que otorgan ventajas a ciertos grupos a costa de otros, justificadas por ideologías que promueven la superioridad o la segregación [86]. En correspondencia, el eje de desigualdad para el modelo de Bogotá se amplía para abarcar aspectos que resultan especialmente determinantes en la configuración de las inequidades en la ciudad tales como la discapacidad, la migración, el conflicto interno y la religión [88].

En cuanto a la discapacidad, se retoman posturas [89,90] que resaltan la necesidad de comprenderla desde un modelo social, es decir, no como una condición exclusivamente médica, sino como el resultado de barreras físicas, culturales y estructurales que impiden la participación plena de las personas en la sociedad. Esta exclusión se manifiesta en múltiples dimensiones: menor acceso a la educación, al empleo, a servicios de salud de calidad, y en general, a oportunidades de bienestar. Además, la discapacidad interactúa con otros determinantes sociales como el género, la pobreza y la etnicidad que pueden agudizar las desigualdades.



Fuente: Dirección Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva - SDS
Fotografía XI Jornada Epidemiológica Distrital. Se abordaron retos en salud pública, cambio climático, desigualdades sociales en salud y determinantes sociales.

La migración, por su parte, constituye un eje de desigualdad al exponer a las personas que migran a una serie de procesos que afectan negativamente su bienestar físico, mental y emocional. De acuerdo con Villalón [91] más allá del desplazamiento geográfico, la migración implica confrontarse con sistemas estructurales de opresión que se entrecruzan con dimensiones como el género, la etnia, la clase social y el estatus migratorio, y que generan barreras en el acceso a servicios de salud. Es así como las políticas migratorias restrictivas, la discriminación, la precariedad laboral y la falta de coordinación entre sistemas de salud y migración, agravan estas desigualdades que afectan no solo a los migrantes, sino también a sus familias y comunidades, tanto en los países de origen como en los de destino.

De manera similar, Profamilia [92] señala cómo el sistema de salud colombiano, aunque ha avanzado en la atención a esta población, aún presenta dificultades en aseguramiento, prestación de servicios y protección financiera, lo que genera exclusión social y empobrecimiento por el uso de servicios básicos. La falta de información clara, la burocracia, la discriminación y la interpretación ambigua de lo que constituye una urgencia médica, agravan estas desigualdades. En este sentido resulta pertinente destacar que estas dinámicas no se limitan a la migración internacional, sino que también se expresan en los procesos de migración interna, los cuales reconfiguran las relaciones sociales y los vínculos con el territorio, profundizan las desigualdades existentes y transforman las condiciones de integración y pertenencia social.

A su vez, el conflicto armado interno en Colombia, así como las expresiones de violencia, generan impactos profundos y diferenciados en la salud de la población, principalmente en aquella que está en condiciones o contextos de mayor vulnerabilidad social, por tanto, se constituye como un eje de desigualdad en salud. Según el Observatorio nacional de salud [93] el conflicto ha operado como un determinante fundamental de la salud al alterar las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas que influyen en el bienestar de las personas.

Las consecuencias son múltiples: desde la mortalidad directa por violencia, hasta la mortalidad indirecta por enfermedades prevenibles, desnutrición y falta de acceso a servicios de salud. Además, el conflicto ha desplazado comunidades, ha limitado el acceso a alimentos y agua potable, y ha debilitado programas de prevención y atención médica. Estas afectaciones han sido heterogéneas y han profundizado las brechas existentes entre territorios, clases sociales, géneros, edades y grupos étnicos, propiciando desigualdades en salud que persisten incluso en contextos de posconflicto [93].

Asimismo, en el modelo adaptado para Bogotá incluye la religión, ya que puede incidir en el acceso y la adopción de prácticas de promoción de la salud, según el grado de confianza o estigmatización que experimente la población.

La organización social influye en la distribución desigual de los determinantes *intermedios*, es decir, aquellos que median entre las condiciones estructurales y los resultados en salud. Entre ellos se encuentran los recursos materiales (como las condiciones laborales: empleo, estabilidad, riesgos físicos y

psicosociales), la carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, el nivel de ingresos y patrimonio, la calidad de la vivienda y sus servicios, así como las características del entorno residencial. Como se muestra en la Figura 9, el modelo adaptado para Bogotá retoma los determinantes intermedios señalados y adiciona las condiciones de seguridad y convivencia ciudadana, al reconocerlas como resultado de determinantes estructurales que afectan el bienestar. Todos estos determinantes influyen en procesos psicosociales como el estrés, la falta de apoyo social y la sensación de control, además de incidir en los hábitos de vida y en los mecanismos biológicos que repercuten en la salud. Finalmente, en los determinantes intermedios se ubican los servicios de salud, entendidos no solo como la provisión de atención curativa, sino también como espacios de prevención y promoción que deben diseñarse con pertinencia cultural y territorial. Asimismo, aunque el sistema sanitario en sí mismo no genera las desigualdades en salud, sí puede amplificarlas cuando los grupos más desfavorecidos enfrentan barreras para acceder a servicios de calidad, lo que puede agravar los efectos de los problemas de salud que padecen [86].

Es importante subrayar que tanto el eje de desigualdad como estos determinantes intermedios están atravesados por el enfoque de curso de vida, el cual reconoce que las condiciones de salud y las oportunidades de desarrollo de las personas están marcadas por experiencias acumuladas desde la gestación hasta la vejez [83].



Fuente: SDS - Plan de Intervenciones colectivas PSPIC
Fotografía sesión colectiva, Más Bienestar Entorno Institucional, en institución para personas mayores, Subred Norte



En otras palabras, el modelo de determinantes sociales de la salud adaptado para Bogotá reconoce que las desigualdades en salud no son fortuitas ni individuales, sino el resultado de estructuras sociales, económicas, políticas y culturales que distribuyen de forma desigual los recursos, las oportunidades y el poder. En este marco, la violencia estructural, entendida como aquella que se ejerce de manera indirecta a través de las instituciones, normas y estructuras sociales que perpetúan el sufrimiento y la exclusión, se convierte en un concepto importante para comprender cómo se producen y reproducen las inequidades [94,95]. Esta violencia se manifiesta en la negación sistemática de derechos, en la precariedad de las condiciones de vida, en la discriminación institucionalizada y en la invisibilización de ciertos grupos. Así, la relación entre las inequidades y la violencia estructural es directa y bidireccional, es decir, las inequidades son tanto una causa como una consecuencia de la violencia estructural.

De tal forma, cuando existen desigualdades en el acceso a recursos básicos (salud, empleo, vivienda, educación) se establecen las bases para la violencia estructural. Dichas inequidades propician un entorno en el que ciertos grupos poblacionales (generalmente racializados y empobrecidos) son sistemáticamente desfavorecidos y vulnerados. La violencia estructural, por su parte, refuerza y exagera las inequidades existentes cuando las estructuras sociales que asientan las bases de la violencia estructural (por ejemplo, políticas discriminatorias y sistemas económicos injustos) impiden que grupos desfavorecidos mejoren su situación.

Es así como la adaptación del modelo de determinantes sociales de la salud para Bogotá abre un horizonte analítico que permite comprender la complejidad de las desigualdades que generan inequidades en salud y bienestar desde una perspectiva estructural e intermedia. Al reconocer la naturaleza multidimensional y acumulativa de las inequidades, el modelo facilita la formulación de recomendaciones orientadas a reducir brechas mediante acciones que fortalezcan la cohesión social y promuevan la equidad en el acceso a recursos y servicios. De tal manera, su potencial se asienta en las posibilidades de convertir el análisis en una herramienta transformadora que guíe decisiones basadas en evidencia para garantizar el derecho a la salud y mejorar el bienestar colectivo en la ciudad.

Bibliografía

1. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127–40.
2. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. 2010. (Paper 2: Policy and Practice). Disponible en: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf
3. Organización Mundial de la Salud – OMS, - Commission on Social Determinants of Health - CSDH. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
4. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Saud Pública*. [Internet]. Diciembre de 2013 [citado 2026 Mar 13];31(Suppl 1):13-27. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&Ing=en
5. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO. Geneva. 2010. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ca294183-3263-470f-a5fe-8e124ec48c72/content>
6. Braveman P. What are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. *Public Health Rep*. 2014;(129):5–8. DOI: 10.1177/00333549141291S203.
7. Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlottheuber A. Promoting health equity: WHO health inequality monitoring at global and national levels. *Glob Health Action* [Internet]. 2015;8(1). DOI: 10.3402/gha.v8.29034.
8. World Health Organization. Health systems financing: The path to universal coverage. [Internet]. WHO. 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
9. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429–45. DOI: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. Medición de las necesidades básicas insatisfechas en América Latina. [Internet]. Naciones Unidas; 2001.
12. Polo Almeida PE. Modos de vida, una categoría esencial en Geografía y Salud. Estudios sobre la pobreza y las desigualdades. - Documentos de Trabajo. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO; 2016. Disponible en: <https://libreria.clacso.org/publicacion.php?p=1085&c=25>.
13. Organización Panamericana de la Salud. Participación social en salud: conceptos, estrategias y experiencias [Internet]. Organización Panamericana para la Salud; 2016.

14. Alkire S, Foster J. Counting and multidimensional poverty measurement. *J Public Econ*. [Internet]. 2011;95(7–8):476–87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.11.006>.
15. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*. 1986; 37.
16. Sabatini F. The social spatial segregation in the cities of Latin America. 2010. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0006536>.
17. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: A framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health*. 2015;14:81. DOI: 10.1186/s12939-015-0207-6.
18. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies*. 2007:14.
19. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (Editores). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford [England] ; New York: Oxford University Press; 2001. 348 p. Disponible en: <https://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/ROCequity.pdf>
20. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Venezuela.; 2005. 159 p.
21. Rojas-Botero ML. Desigualdades territoriales en la mortalidad potencialmente evitable en niños menores de cinco años. Colombia 2000 - 2019. [Medellín, Antioquia]: Universidad de Antioquia.; 2021.
22. Almeida-Filho ND. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colect*. [Internet] 2020;16:e2751. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73162897022>.
23. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. Ponencia presentada en: Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud, México 2008. México: ALAMES; 2009: 86-97.
24. Segura del Pozo J. Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
25. Organización de las Naciones Unidas - Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023: Edición especial [Internet]. ONU; 2023 [citado el 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210024938>
26. Ahmed N. Las desigualdades matan: se requieren medidas sin precedentes para acabar con el inaceptable aumento de las desigualdades por la COVID-19 [Internet]. Oxfam Internacional; 2022 p. 1–59. Disponible en: <http://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621341/bp-inequality-kills-170122-es-B34AD843E413DFDC6DF7BDA41?sequence=5>
27. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
28. Oxfam Internacional - Colombia [Internet]. La igualdad es futuro. Disponible en: <https://www.oxfam.org/es/que-hacemos/donde-trabajamos/paises/colombia#:~:text=Colombia%20es%20el%20segundo%20pa%C3%ADs,entre%20personas%20ricas%20y%20pobres>.
29. Grupo Banco Mundial. Índice de Gini [Internet]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
30. Banco Mundial. Trayectorias: Prosperidad y reducción de la pobreza en el territorio colombiano. Washington, D.C. Estados Unidos de América: Banco Mundial; 2024. 91 p.
31. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Boletín técnico: Pobreza multidimensional en Colombia, 2022. [Internet]. Bogotá, Colombia; 23 de mayo de 2023. p. 22. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2022/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf.
32. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Informe nacional de las desigualdades sociales en salud en Colombia. Sexta edición. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia; 2015. p. 366.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>.
34. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Boletín técnico: Pobreza multidimensional en Colombia año 2024 [Internet]. DANE; 2025. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/bol-PMultidimensional-2024.pdf>.
35. Secretaría de Desarrollo Económico (Bogotá). Observatorio de Desarrollo Económico. La pobreza multidimensional en Bogotá en el 2023 [Internet]. Bogotá, Colombia; mayo de 2024. Disponible en: <https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/publicaciones/notas-editoriales/la-pobreza-multidimensional-en-bogota-en-el-2023/>
36. Secretaría de Salud de Bogotá. Dirección de Planeación Sectorial. G. Análisis de Situación de Salud para el Distrito Capital Año 2023. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2024.
37. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, Fondo de las Naciones Unidas para las Poblaciones - UNFPA. Estudios poscensales de jóvenes investigadores. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. DANE; UNFPA; 2022.



38. Mayorga Henao JM, Ortiz Véliz J. Segregación e inequidad en el acceso a servicios de educación, cultura y recreación en Bogotá, Colombia. Cuad Geogr Rev Colomb Geogr [Internet]. 29(1):171–89. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rcdg.v29n1.73395>.
39. Barbosa-Ardila, SD, Hernández LJ. Inequidad en mortalidad infantil y servicios pediátricos en Bogotá: nuevo modelo de análisis para América Latina. Rev Salud Pública. [Internet]. 2018;20(5):599–605. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.70492>.
40. García Villegas M, Quiroz López L. Apartheid educativo: educación, desigualdad e inmovilidad social en Bogotá. Rev Econ Inst. 2011;13(25):137–162.
41. Amaya Lara JL, Ruiz Gómez F. Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. Int J Health Care Finance Econ. 2011;11(2):83–100. DOI: 10.1007/s10754-011-9089-3.
42. Rubio-Mendoza ML. Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. Rev Salud Pública. 2008;10(1):29–43.
43. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev Salud Pública. 2008;10(sup 1):58–71.
44. Granada Osorio G. Estado del arte de las investigaciones sobre equidad en salud en Bogotá (2006-2010). [Internet]. s.f. Disponible en: <https://www.saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/Estado%20del%20arte%20de%20las%20investigaciones.pdf>.
45. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Salud Pública México. 2011;53:478-485.
46. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán C. Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá, Colombia. Biomédica. 2015;35(4):502–12. DOI: 10.7705/biomedica.v35i4.2378.
47. Hernández-Bello, A. Reseña: Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá. Avances y reflexiones. Rev Gerenc Polit Salud. 2012;11(22):141–147. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000100011&lng=en&tlng=es.
48. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Internet]. S.f. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
49. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 [Internet]. S.f. Disponible en: <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030#:~:text=La%20Agenda%20de%20Salud%20Sostenible,de%20salud%20subregionales%20y%20nacionales>.
50. Ministerios de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
51. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo 2012-2016. Bogotá Humana [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/documentos/2012_2016_Bogota_Humana_Plan_Acuerdo489_2012.pdf
52. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2020 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.sdp.gov.co/micrositios/pdd-2016/documentos>.
53. Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá. Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI: Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2024. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/participacion-y-comunicacion-para-la-planeacion/voces-ciudadanas/nuevo-contrato-social-y-ambiental-siglo-xxi-plan-de-desarrollo-distrital-2020-2024>
54. Contraloría de Bogotá. Plan territorial de salud de Bogotá. Evaluación desde la perspectiva fiscal al Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” y una aproximación a “Bogotá mejor para todos” [Internet]. 2017. Disponible en: <https://portal1.contraloriabogota.gov.co/sites/default/files/Contenido/Informes/Estructurales/Salud/2012-2016%20Plan%20Territorial%20de%20Salud%20PAE-2017.pdf>
55. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Plan Territorial de Salud de Bogotá, 2016-2020 [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf
56. Consejo de Bogotá. Proyecto de acuerdo “Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI” [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/proy_acuerdo_plan_desarrollo_050320.pdf
57. Secretaría de Salud de Bogotá. Plan Territorial de Salud Bogotá, D. C., 2024-2028. “Bogotá Camina Segura”. 2024.
58. López Arellano O, Blanco Gil J. Desigualdades sociales e inequidades en salud: Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Nueva Época Salud Probl. 2003;8(14–15). Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/316/316>.
59. Arias-Urión AM, Losantos M, Bedoya P. La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 31 de agosto de 2023;47:1.
60. Couto MT, De Oliveira E, Separavich MAA, Luiz ODC. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en



- el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colect.* 9 de marzo de 2019;15:e1994.
61. Marx K. *El Capital* (Libro Primero): El proceso de producción del Capital. 24a ed. México: Siglo XXI Editores; 1975. 758 p.
 62. Lenski G. Antecedentes sobre la desigualdad social y su origen. En: *La desigualdad social 1 Teorías de la estratificación y la movilidad sociales*. México: SEP/Diana; 1982.
 63. Nozick R. *Anarquía, Estado y utopía*. Primera edición en español. Argentina: Fondo de Cultura Económica; 1988.
 64. Borrero YE. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 24 de enero de 2011;29(3):299–307. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000300011&lng=en.
 65. Hernández-Alvarez M. El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2008;10(supl 1):72-82. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600007&lng=en.
 66. Rawls J. *Teoría de la justicia*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press; 1971.
 67. Guzmán MP. Aportes de las teorías de la justicia de Jhon Rawls y Amartya Sen en la interpretación de la justicia sanitaria. *Rev Colomb Filos Cienc*. 2006;7(14–15):35–61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41471502>.
 68. Vélez-Arango AL. El derecho a la salud: una visión a partir del enfoque de capacidades. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015;33(1):93-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000100012&lng=en.
 69. Mora Alonso CA. Sobre la idea de justicia en Marx. *Cuest Filos*. el 4 de febrero de 2017;3(21):45–63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10125811>.
 70. Ugarte ÓC. Marx y Kant: sobre la igualdad de oportunidades. *Int J Philos*. 2018;8(8):134–157. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6758402>.
 71. Almeida FN, Silva PJ. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad Méd Soc*. 1999;75(5):5–30.
 72. Breilh J. *Epidemiología crítica ciencia emancipadora e interculturalidad*. El Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, 2003, 1ª Edición.
 73. Castro A. La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. *Rev Panam Salud Pública*. el 19 de junio de 2024;48:1.
 74. Laurell AC. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde Em Debate* [Internet]. 2014 [citado el 13 de junio de 2025];38(103). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DRfMG4NjnhXXNsdNpmzSzZG/?lang=es>
 75. Dyar OJ, Haglund BJA, Melder C, Skillington T, Kristenson M, Sarkadi A. Rainbows over the world's public health: determinants of health models in the past, present, and future. *Scand J Public Health*. 2022;50(7):1047–1058. DOI: 10.1177/1403494822113147.
 76. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. Agosto de 2001;30(4):668–77. DOI: 10.1093/ije/30.4.668.
 77. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. el 1 de mayo de 2005;59(5):350–5. DOI: 10.1136/jech.2004.024562.
 78. Krieger N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Am J Public Health*. Mayo de 2012;102(5):936–44. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300544.
 79. Morales C, Eslava JC (Editores). *Tras las huellas de la determinación: Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Morales-Borrero-Carolina/publication/321588829_Tras_las_huellas_de_la_determinacion_social_de_la_salud/links/5a2c38eba6fdccfbf873428/Tras-las-huellas-de-la-determinacion-social-de-la-salud.pdf
 80. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Observatorio Nacional de Equidad en Salud – ONES.
 81. Caballero González E, Moreno Gelis M, Sosa Cruz ME, Figueroa EM, Vega Hernández M, Columbié Pérez L de A. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *INFODIR* [Internet]. Diciembre de 2012;15. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/344>.
 82. World Health Organization. Adelaide statement II. Health in all policies: progressing the sustainable development goals [Internet]. 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fd6de869-2e9a-482e-b46a-f0fe79d41665/content>
 83. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Artículo especial: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en España. *Gac Sanit*. 2012;26(2):182–9. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv26n2/especial2.pdf>.
 84. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2008;22(5):465–73. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n5/politicas.pdf>.
 85. Espelt A, Contente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, Ruiz-Cantero T,



- Perez G, Borrell C, Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit.* 2016;30(S1):38–44.
86. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España). Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España. España; 2015.
 87. Fuenzalida M, Cobs-Muñoz V, Espinoza R. El territorio como unidad de análisis en estudios sobre las determinantes sociales de la salud. *Argos.* 2013. 30. 87-106.
 88. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo Distrital 2024 - 2027 “Bogotá camina segura”. 2024.
 89. Tamayo M, Besoain Á, Rebolledo J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gac Sanit [Internet].* 2018;32(1):96–100. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>.
 90. Gómez Rúa NE, Restrepo DA, Gañan Echavarría J, Cardona Arango D. La discapacidad desde los enfoques de derechos y capacidades y su relación con la salud pública. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2018;17(35).
 91. Villalón R. Migración, salud y desigualdades: Investigación activista crítica en las fronteras ecuatorianas. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso; 2024.
 92. Asociación Profamilia, Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria? Bogotá D.C.; 2020.
 93. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia; Noveno Informe Técnico. [Internet]. Bogotá, D. C. 2017. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-9-consecuencias-conflicto-armado-salud-Colombia.pdf>
 94. Castro A, Farmer P. El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuad Antropol Soc [Internet].* 2003;17(29–47). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913909003>
 95. Farmer P. Una antropología de la violencia estructural: el caso de Haití. *Temas.* 2007;52:63–73.





SECRETARÍA DE
SALUD

