

Desigualdades sociales en salud: análisis de la región Pacífica colombiana

Social inequalities in health: Analysis of the Colombian pacific region

Keyra Liseth Asprilla Córdoba¹ ; Gino Montenegro Martínez¹ 

*gmontenegro@ces.edu.co

Forma de citar: Asprilla Córdoba K, Montenegro Martínez G. Desigualdades sociales en salud: análisis de la región pacífica colombiana. Salud UIS. 2022; 54: e22048. doi: <https://doi.org/10.18273/salduis.54.e:22048> 

Resumen

Objetivo: analizar las desigualdades sociales en salud, por necesidades básicas insatisfechas (NBI), entre los departamentos que componen la región Pacífica colombiana. **Métodos:** estudio ecológico transversal con información retrospectiva a partir de los datos de censo nacional de población, vivienda, nacimientos y defunciones para el 2018. El NBI se escogió como variable estratificadora de posición socioeconómica y como variables de salud la esperanza de vida, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad en menores de 5 años y tasa de mortalidad infantil para cada uno de los departamentos de la región Pacífica colombiana. Se calcularon las siguientes medidas de desigualdad: absoluta simple, relativa simple, índice de desigualdad de la pendiente y el índice relativo de desigualdad. **Resultados:** el comportamiento de los indicadores de salud elegidos es mejor en aquellos departamentos de la región Pacífica que exhiben menores NBI. El Chocó es el departamento de la región Pacífica que presenta un peor comportamiento en los indicadores de salud seleccionados y tiene un mayor NBI. **Conclusiones:** se requiere el diseño de intervenciones más complejas que tengan en cuenta las condiciones en que las personas de la región Pacífica viven, esto potencialmente puede mejorar los resultados en salud.

Palabras clave: Desigualdades; Desigualdades en salud; Disparidades en salud; Necesidades básicas; Salud.

¹Universidad CES. Medellín, Colombia

Abstract

Objective: To analyze health social inequalities, by Unsatisfied Basic Needs (UBN), between municipalities of the Pacific Colombian region. **Methods:** An ecologic cross-sectional study with retrospective data from the national population and housing census and births and deaths for 2018 was carried. An ecologic cross-sectional study with retrospective data from the national population and housing census and births and deaths for 2018 was carried. UBN index was selected as the stratified variable, and life expectancy, infant mortality rate, mortality rate in children under five years of age, and maternal mortality ratio for each Pacific Colombian region were health variables. Metrics of inequalities calculated were simple absolute inequality, simple relative inequality, slope inequality index, and relative inequality index. **Results:** The behavior of the selected health indicators is better in those departments of the Pacific region that exhibit lower NBI. Choco is the Pacific region department that shows the worst behavior in the selected health indicators and has a higher UBN. **Conclusions:** It requires complex interventions that improve the living conditions where the people live in the Colombian Pacific region; this potentially can improve health outcomes.

Keywords: Inequalities; Inequalities in health; Health disparities; Basic needs; Health

Introducción

Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) exhortan a los países del mundo a desarrollar acciones orientadas a eliminar la pobreza, proteger el planeta y garantizar paz y prosperidad para el 2030¹. Reducir las desigualdades es uno de los ODS y la salud, concebida como un derecho humano², también está contenida en dicha agenda global. Por lo demás, lograr, mantener y garantizar la salud de las poblaciones se ha reconocido como la mejor expresión del desarrollo³.

La desigualdad ha venido siendo objeto de diversos debates en el mundo académico y político, es un fenómeno complejo en donde sus ejes estructurantes interactúan, se potencian y encadenan a lo largo del tiempo^{4,5}. Transformaciones impulsadas con mayor fuerza desde la década de 1980, como la reducción del Estado en la vida social y económica, la reducción de derechos y la liberalización de los mercados son, entre otras, algunas de sus causas⁶.

De manera general, las desigualdades sociales se refieren a diferencias entre los grupos sociales derivadas de su posición en la estructura social u orígenes étnico-religiosos⁷. En la medida que afecten los logros de salud entre individuos o grupos sociales se denominan desigualdades sociales en salud^{8,9}. Su medición se ha constituido en un tema central en la investigación en salud pública^{10,11}, debido a que estratificadores como el nivel socioeconómico y estatus laboral, entre otros, se relacionan con resultados negativos en salud^{12,14}.

A nivel mundial, la región con mayor desigualdad es África subsahariana, seguida de América Latina y el Caribe¹⁵, sin embargo, este fenómeno no solamente ocurre entre regiones sino también entre países y al interior de ellos. Los promedios de indicadores de

bienestar regionales y nacionales que se utilizan para su monitoreo ocultan distintos niveles de desigualdad interna¹⁶. De tal modo, medir el grado y la evolución de las desigualdades en salud al interior de un país, permite identificar los posibles caminos a seguir en la definición de políticas públicas intersectoriales¹⁷.

Colombia es uno de los países desiguales del mundo¹⁸; los departamentos de La Guajira, Chocó y Cauca registran una mayor desigualdad por ingresos¹⁹, estos últimos, sumados a Valle del Cauca y Nariño, conforman la región pacífica colombiana²⁰.

En la región pacífica colombiana se caracteriza por su exuberancia natural, su biodiversidad y, a su interior, se encuentran las tierras de las comunidades negras de propiedad colectiva y ocupación ancestral²¹. Sin embargo, históricamente sus comunidades han sido afectadas por el conflicto armado, la variedad de grupos armados irregulares, violaciones de derechos humanos y transgresiones al derecho internacional humanitario²². Es una zona en donde la movilidad social es baja, está aislada geográficamente y se registra una importante debilidad institucional, además, la pobreza y la desigualdad se hacen persistentes²³.

De otro lado, los niveles de PIB per cápita en la región están por debajo de la media nacional y los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por encima del promedio del país²⁴. De hecho, la incidencia de la pobreza en el país es mayor cuando el análisis se agrupa en aquellos municipios que se ubican en el Litoral Pacífico, siendo más críticos los casos del Chocó y el Cauca. Por lo anterior, se puede afirmar que las condiciones de vida de la población que reside en la región pacífica se encuentran rezagadas en comparación con los otros departamentos del país²⁵.

Los indicadores sociales son instrumentos analíticos que permiten acercarse cuantitativamente a determinados aspectos de la vida social²⁶. La observación de la mortalidad materna, infantil, en menores de 5 años y la esperanza de vida permite no solo valorar la situación de salud lograda por una población, ya que sus causas no solamente se relacionan con cuestiones fisiopatológicas, también encuentran sus raíces en las condiciones de vida²⁷⁻²⁹. Para el caso de la caracterización de las circunstancias en la que viven las personas, el NBI es un indicador compuesto que permite identificar carencias críticas de la población ofreciendo un acercamiento indirecto a las condiciones de vida de la población³⁰, y de este modo, dar cuenta de la posición socioeconómica de los grupos sociales.

En este sentido, este artículo se orienta a analizar las desigualdades sociales en salud comparando los departamentos que conforman la región pacífica colombiana. Para ello, se seleccionaron como variables estratificadoras las NBI y como variables de salud la esperanza de vida, la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad en menores de 5 años.

Materiales y Métodos

Se recurrió a un diseño de estudio ecológico transversal con información retrospectiva a partir de los datos de Censo Nacional de Población y Vivienda 2018³¹ y el módulo de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones del DANE para el mismo año³². Las unidades de análisis fueron los departamentos que integran la región Pacífica colombiana: Chocó, Cauca, Nariño y Valle del Cauca.

Se elaboró una base de datos en el programa Excel® registrando los datos para 2018 de NBI, la esperanza de vida (EV), la razón de mortalidad materna (RMM), la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la tasa de mortalidad en menores de 5 años (TM<5) para cada departamento de la región pacífica. La RMM, la TMI y la TM<5 para cada departamento de la región pacífica, se calcularon tomando como numerador la cifra de muertes reportadas por el DANE³² por cada evento para el 2018 y como denominador el registro de nacidos vivos para el mismo año.

Se calcularon las brechas de desigualdad absoluta simple, desigualdad relativa simple, Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP) y el Índice Relativo de Desigualdad (IRD). Las dos primeras se determinaron con el propósito de establecer las diferencias en los resultados en salud entre dos departamentos extremos en la escala de jerarquía social utilizada y los dos últimos, con el propósito de conocer el gradiente, es decir, la magnitud de la desigualdad social en salud a lo largo de toda la jerarquía social.

Para la organización de la información, el cálculo de las métricas de desigualdad y su posterior análisis se siguieron las disposiciones de la guía “Paso a paso para el cálculo de métricas de desigualdad en salud”³³ y las de Schneider *et al.*³⁴ y del “Manual para el monitoreo de las desigualdades sociales en salud” de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud³⁵. En el caso de la desigualdad absoluta se calculó la diferencia de los indicadores de resultados en salud entre los departamentos con peor y mejor NBI, para la desigualdad relativa se calculó la razón de tasas para estos mismos departamentos. Además del cálculo del IDP para uno de los indicadores seleccionados ordenados en función de las NBI se graficaron los resultados obtenidos. El cálculo y la interpretación del IRD siguió las orientaciones de Schneider *et al.*³⁴. El tratamiento se realizó en el programa Epidat 4.2®, de licencia libre.

Resultados

El Chocó exhibe los peores resultados tanto en el indicador de NBI como en los indicadores de resultados en salud, seguido por el Cauca. Contrariamente, el Valle del Cauca reporta los mejores resultados en salud y una menor proporción de personas con NBI. En comparación con los otros indicadores, éste último tiene un comportamiento más heterogéneo, por lo que la media no sería un buen estimador del comportamiento regional. Sin embargo, es importante destacar que las diferencias entre los departamentos que componen la región pacífica son sustanciales cuando se los compara por NBI (Ver **Tabla 1**).

Tabla 1. NBI y resultados en salud según departamentos de la región pacífica colombiana - 2018

Departamento	NBI	EV	TMI*	TM<5*	RMM*
Chocó	65,40	70,64	17,40	25,51	1,80
Nariño	21,59	73,51	11,79	14,48	0,98
Cauca	18,27	72,80	11,22	14,52	0,66
Valle del Cauca	6,18	76,67	11,44	13,47	0,51

Fuente: DANE *. Cálculos propios por 1.000 NV - estadísticas vitales DANE, 2018.

De acuerdo con los datos obtenidos se calcularon los índices de desigualdades a partir de la organización ordinal de los departamentos alrededor de las NBI. De este modo, los índices de desigualdad absoluta y relativa simple se calcularon comparando los indicadores seleccionados entre el Valle del Cauca y Chocó.

Frente a la EV, si los patrones de mortalidad por edades al momento del nacimiento se comportaran de la misma manera a lo largo de toda la vida, una persona que nace en el Chocó tiene 6,03 años menos de EV en comparación con una que nace en el Valle del Cauca. En relación con la TMI, en el Chocó mueren 5,96 por 1000 NV más menores de un año frente al Valle del Cauca, lo que representa 1,52 veces más muertes. De otro lado, en el Chocó mueren 12,04 por 1000 NV más menores de 5 años en comparación con el Valle

del Cauca, representando casi dos veces más (1,89). Frente a la RMM se mueren 1,29 por 1000 NV más en Chocó frente al Valle del Cauca, que en términos relativos implica que en el Chocó mueren 3,53 veces más maternas en comparación con el Valle del Cauca.

De otro lado, considerando el gradiente social con base en el indicador de NBI de los departamentos de la región Pacífica, se encontró que en la medida que mejoren las NBI aumenta la EV en 7,37 años, disminuye la mortalidad infantil en 3,25 por 1000 NV, la TM < 5 disminuye en 7,39 por 1000 NV y la RMM disminuye en 1,15 por 1000 NV. En términos relativos la EV es 1,11 veces mayor en Valle del Cauca que en el Chocó. Frente a la TMI es en un 70 % veces mayor en Chocó, 44 % mayor en la TM < 5 y 88 % mayor en términos de la RMM (Ver [Tabla 2](#)).

Tabla 2. Estimaciones de desigualdades para cada uno de los indicadores de salud seleccionados frente a NBI

Indicador de salud	Diferencia absoluta	Diferencia relativa	IDP	IDR
Esperanza de vida	-6,03	0,92	7,37	1,11
Tasa de mortalidad infantil	5,96	1,52	-3,25	0,29
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	12,04	1,89	-7,39	0,56
Razón de mortalidad materna	1,29	3,53	-1,15	0,12

Fuente: Cálculos propios de los autores.

El IDP se graficó según posición relativa acumulada de la población en función de las NBI (Ridit). En el [Figura 1](#) se identifica que el Chocó es el departamento más rezagado en términos de los resultados en salud. Por otra parte, es mucho más evidente que a medida que se mejoran las condiciones de vida medidas a razón de NBI, se presenta un mejor comportamiento de la TM < 5 ($\beta = -7,39$; [Figura 1-C](#)) y la EV ($\beta = 7,37$; [Figura 1-A](#)).

Discusión

Este artículo pone en evidencia las desigualdades sociales en la salud entre los departamentos de la región Pacífica colombiana. La alta proporción de personas con NBI, como expresión de la posición socioeconómica, se relaciona con los resultados en esperanza de vida, mortalidad materna, mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años, las cuales son más evidentes en

el departamento del Chocó. Contrariamente, el Valle del Cauca exhibe el mejor comportamiento en los indicadores seleccionados en comparación con los otros departamentos de la región.

El NBI es un método propuesto en la década de 1980 por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe³⁶, el cual identifica como hogares pobres a aquellos que presentan una de las siguientes condiciones: vivienda sin servicios básicos, vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, inasistencia escolar o alta dependencia económica; y como pobres extremos o en miseria aquellos que exhiban dos de esas características³⁷. El NBI complementa la de línea de pobreza y no busca suplirla, ni reemplazar los resultados que ella suministra, su eje de evaluación tiene que ver con los servicios y bienes para suplir las necesidades básicas insatisfechas y no los ingresos³⁸.

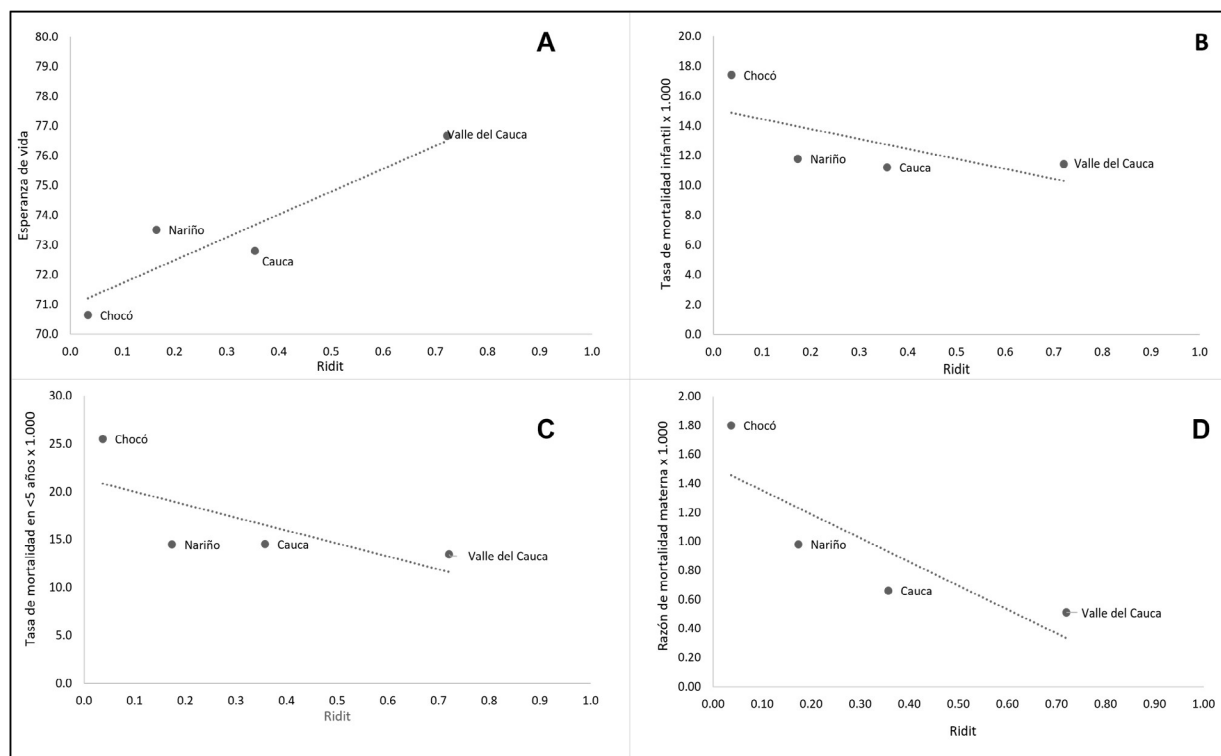


Figura 1. Desigualdad de la pendiente región pacífica para cada indicador seleccionado según posición relativa acumulada de la población en función de las NBI (Ridit). (A) Esperanza de vida (B) Tasa de mortalidad infantil (C) Tasa de mortalidad en menores de 5 años (D) Razón de mortalidad materna.

Fuente: Cálculos propios de los autores.

Por su parte, la EV es un indicador que permite estudiar el desarrollo humano y se relaciona con indicadores sociales como educación, cobertura y acceso a los servicios de salud, ciclo de vida, entre otros³⁹. El caso de la región pacífica es de especial interés, en promedio la EV ronda por los 73 años, en el caso del Chocó es de 70 años. Los pobres niveles de desarrollo, bajas coberturas en educación, en servicios públicos e infraestructura y el conflicto armado explican su comportamiento^{40,41}.

Asimismo, la mortalidad infantil, en menores de 5 años y en maternas, se relacionan con circunstancias que pueden ser evitables, entre otras, el acceso a saneamiento básico, atención oportuna y segura en los servicios de salud, alimentación saludable y, de manera más amplia, a mejores condiciones de vida^{42,43,44}. La ocurrencia de estos eventos negativos en salud constituyen una evidencia de falta de garantía del derecho a la salud y la vida en el país y, en especial, en el Chocó.

Lo anterior exige la revisión de las formas en las que las personas de las diferentes comunidades pueden acceder a los servicios necesarios para garantizar la vida y el bienestar y repensarse en formas de desarrollo que permitan la construcción de sociedades saludables

a lo largo del territorio nacional adaptado, además, a las realidades y cosmovisiones locales de los pueblos y sus comunidades⁴⁵, es decir, que sea situado y con enfoque territorial.

De otro lado, es relevante pensar en la composición actual del mercado laboral y las dinámicas de concentración de la riqueza, las cuales se han venido profundizando en el marco del modelo de desarrollo implementado desde la década de 1980, configurándose además como algunas de sus causas más importantes de las desigualdades sociales^{47,16,41}. Por lo tanto, el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de ingresos es otro de los asuntos de sustancial relevancia, que debe ser parte de la agenda de discusión e incorporado en estrategias estructurales orientadas a mejorar la salud de las poblaciones^{46,47}.

Lo anterior ocurre debido a que las brechas de desarrollo que se encuentran en la región Pacífica en los planos geográfico, político, económico y social reflejan desequilibrios de poder^{48,49}, y se consolidan a través de patrones predominantes, entre otros, relacionados con la pobre inversión en infraestructura y equipamientos⁵⁰.

Todo esto, sumado a las condiciones climáticas y geográficas de la región, en especial las del Chocó, implica que sus residentes experimenten más barreras para lograr formas y niveles de productividad similares o mejores a los de otros departamentos y regiones⁵¹. Asimismo, el conflicto armado es un factor que restringe los medios para mejorar las condiciones en las que viven las poblaciones.

En el país los avances sociales y económicos han sido disímiles entre los territorios y entre sus pobladores, lo que se ha hecho evidente en los niveles de desigualdad actuales. Dicha situación a menudo se ve exacerbada por cuestiones de género, de discapacidad, por pertenecer a un grupo étnico o por la ubicación geográfica. Los departamentos del Cauca y Chocó no son ajenos a esta realidad social creciente, por el contrario, la presencia de minorías étnicas (afrodescendientes e indígenas y otros) presentan niveles de pobreza superiores al 50 %⁵². Además, cualesquiera que sean las desigualdades entre las personas, se observan variaciones geográficas en el acceso a servicios de salud y también variaciones relacionadas con los recursos económicos y sociales disponibles para cada región⁵³.

El departamento del Chocó, por su parte, experimenta obstáculos económicos en casi todo su territorio, además de interrupciones en el abastecimiento de víveres y aprovisionamiento de servicios, lo que induce a las comunidades étnicas a trasladarse a otras regiones, casi de manera forzada, para garantizar el acceso a servicios vitales⁵⁴. Se trata de una situación crítica, puesto que uno de cada dos hogares carece de acceso al agua potable en las zonas urbanas, situación que se agudiza en la ruralidad, en donde dos de cada tres hogares no tienen conexiones adecuadas ni opciones para acceder a este servicio⁵². El acceso a agua limpia y saneamiento son preponderantes para prevenir las enfermedades gastrointestinales y con ello disminuir las muertes y la pérdida potencial de años de vida saludables⁵⁵. Por el contrario, la privación o limitación afecta el estado de salud, el bienestar y las condiciones de salubridad de las familias y sus integrantes⁵⁶.

Limitaciones

En este trabajo académico se evaluaron únicamente los departamentos de la región Pacífica, con el fin de analizar el comportamiento de los indicadores sociales en salud en su interior, esto no desconoce que, si se revisa cada una de las regiones del país, se pueden encontrar diferencias entre ellas. No obstante, la pretensión inicial es precisamente conocer con mayor detalle las

desigualdades sociales en salud de una región especial pero a la vez de contrastes, como lo es la región Pacífica.

En términos de la metodología y los indicadores empleados, es importante reconocer que este ejercicio académico solo da cuenta de la radiografía de las desigualdades sociales en salud de la región, sin embargo, no da cuenta de las dinámicas productoras de dichas situaciones, como la explotación, el racismo y las conflictivas relaciones entre los grupos sociales, entre otros. Este tipo de información es posible a partir de la aplicación de otros métodos que permitan acercarse a las desigualdades sociales en salud.

Conclusiones

Se evidencian desigualdades sociales en salud en el Pacífico colombiano, el comportamiento de los indicadores de salud seleccionados, son mejores en aquellos departamentos de la región Pacífica que exhiben menores NBI. El Chocó es el departamento de la región pacífica que presenta un peor comportamiento en los indicadores de salud y tiene un mayor NBI.

Se requiere el diseño de intervenciones complejas sumado a voluntad política, tanto a nivel local como nacional, con la finalidad de mejorar las condiciones vida en la región, con mayor énfasis en el departamento del Chocó. Los datos que suministra el DANE y los cálculos que se pueden obtener a través de las métricas de desigualdades en salud se convierten en un insumo clave para la formulación de políticas públicas intersectoriales, orientadas a impactar positivamente la salud de las poblaciones.

Consideraciones éticas

Según la Resolución 8430 de 1993 esta investigación es sin riesgo, para los análisis se utilizaron fuentes secundarias publicadas por entidades oficiales y de libre acceso.

Los autores no tienen conflictos de intereses.

Referencias

1. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; c2022. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2022. Salud y derechos humanos. Disponible en: <https://>

- www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20OMS%20se%20ha%20comprometido,salud%20y%20los%20derechos%20humanos.
3. Gispert E, Castell P, Herrera M. Salud con todos para el bienestar de todos: una necesidad apremiante. *Rev Cubana Estomatol.* 2011; 48(3):194-198.
 4. Boyer R. Los mundos de la desigualdad: un análisis a partir de la teoría de la regulación y una respuesta a Thomas Piketty. Buenos Aires: Editorial Octubre; 2014. 248 p.
 5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina. Santiago: CEPAL; 2019. 264 p. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
 6. Navarro V. Neoliberalism, globalization, and inequalities: Consequences for health and quality of life. New York: Editorial Routledge; 2020. 344 p.
 7. Piketty T. Capital e ideología. Bogotá: Editorial Planeta; 2019. 1247 p.
 8. Kawachi I, Subramanian S, Almeida N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 647-652. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
 9. Arcaya M, Arcaya A, Subramanian S. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 38(4): 261-271. doi: <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
 10. Fosse E, Helgesen M, Hagen S, Torp S. Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges. *Scand J Public Health.* 2018; 46: 47-52. doi: <https://doi.org/10.1177/1403494817743896>
 11. Castillo C. Developing an academia-based public health observatory: The new global public health observatory with emphasis on urban health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Cad Saude Publica.* 2015; 31: 286-293. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132914>
 12. Letellier N, Carrière I, Cadot E, Berkman L, Goldberg M, Zins M, et al. Individual and Neighbourhood socioeconomic inequalities in cognitive impairment: Cross-sectional findings from the French CONSTANCES Cohort. *BMJ Open.* 2020(10): e033751. doi: [10.1136/bmjopen-2019-033751](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033751)
 13. López M, Artazcoz L, Martínez J, Rojas M, Benavides F. Informal employment and health status in Central America. *BMC Public Health.* 2015; 15:698. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2030-9>
 14. Patel A, Gantz O, Zagadailov P, Merchant A. The role of socioeconomic disparity in colorectal cancer stage at presentation. *Updates Surg.* 2019; 71(3): 523-531. doi: [10.1007/s13304-019-00632-5](https://doi.org/10.1007/s13304-019-00632-5)
 15. Gasparini L, Bracco J, Galeano L, Pistorio M. Desigualdad en países en desarrollo: ¿ajustando las expectativas? La Plata: CEDLAS-UNLP; 2018. 30 p. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/65387/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. Kessler G. Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2015. 228 p.
 17. Ministerio de Salud y Protección Social. La Equidad en salud para Colombia Brechas internacionales y territoriales; Bogotá: MSPS; 2015. 151 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>
 18. Banco Mundial; c2022. índice de Gini. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
 19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística; c2022. Pobreza Monetaria y Multidimensional. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y-multidimensional-en-colombia-2018#pobreza-por-departamentos-2018>
 20. Departamento Nacional de Planeación. Pacífico: desarrollo socioeconómico con equidad, integración y sostenibilidad ambiental. Bogotá: DNP; 2018. 24 p. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/D.%20Pac%20C3%A2%20Desarrollo%20socioecon%20con%20equidad,%20integraci%20y%20sostenibilidad%20ambiental.pdf>
 21. Departamento Nacional de Planeación. Panorámica regional. Los retos en cierre de brechas para los nuevos mandatarios: región pacífico 2016. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/Cartilla%20Pacifico%202023-01-2016.pdf>
 22. Defensoría del Pueblo (Colombia). Problemática humanitaria en la región pacífica colombiana. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2016. 212 p. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2017/11053.pdf>
 23. Galvis-Aponte LA, Moyano LM, Alba CA. La persistencia de la pobreza en el Pacífico colombiano y sus factores asociados [Internet]. Bogotá: Banco de la República; 2016. Disponible en: <https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/>

- [archivos/dtser_238.pdf](#)
24. Bonilla L, editor. Dimensión regional de las desigualdades en Colombia. Primera edición. Bogotá: Editorial Banco de la República; 2011. 330 p.
 25. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico Pobreza Multidimensional Departamental Año 2018. Bogotá: DANE; 2019. 15 p. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/Region_bt_pobreza_multidimensional_18_pacifica.pdf
 26. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Indicadores sociales en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: ONU; 2015. 82 p.
 27. Høj L, da Silva D, Hedegaard K, Sandström A, Aaby P. Maternal mortality: Only 42 days? *BJOG*. 2003; 110(11): 995-1000. doi: [10.1016/s1470-0328\(03\)03907-7](https://doi.org/10.1016/s1470-0328(03)03907-7)
 28. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6): e323-333. doi: [10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
 29. Jin Y, Mankadi P, Rigotti J, Cha S. Cause-specific child mortality performance and contributions to all-cause child mortality, and number of child lives saved during the Millennium Development Goals era: a country-level analysis. *Glob Health Action*. 2018; 11(1): 1546095. doi: [10.1080/16549716.2018.1546095](https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1546095)
 30. Feres J, Mancero X. El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. Santiago de Chile: ONU; 2001. 52p.
 31. dane.gov.co [Internet]. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; c2022. Censo Nacional de Población y Vivienda; 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
 32. dane.gov.co [Internet]. Bogotá: DANE; c2022. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Nacimientos y Defunciones; 2018. Nacimientos y Defunciones; 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones>
 33. Every Woman Every Child Latin America and Caribbean (EWEC LAC). Guía paso a paso para el cálculo de métricas de desigualdad en salud. Ciudad de Panamá: EWEC LAC; 2020. 60 p. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/wp-content/uploads/2017/06/Guia-paso-a-paso-versi%C3%B3n-final.pdf>
 34. Schneider M, Castillo C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O, Vidaurre M, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publ*. 2002; 12: 398-414.
 35. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington D. C: 2016. p 132. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12571:manual-monitoreo-desigualdadessalud-paises-ingresos-medianos-bajos&Itemid=39529&lang=en
 36. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Dirección general de estadística y censos del Uruguay. Taller Técnico sobre Medición e Investigación de la pobreza; Montevideo: CEPAL; 1988. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28225/LCmvdR14_es.pdf
 37. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Pueblos indígenas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Colombia: PNUD; 2013. 40 p.
 38. Fresneda O. La medida de necesidades básicas insatisfechas (NBI) como instrumento de medición de la pobreza y focalización de programas. Santiago de Chile: ONU; 2007. 193 p.
 39. Picazzo E, Gutiérrez E, Infante J, Cantú P. La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estud soc*. 2011;19(37):253-79.
 40. Eslava J, Rincón C, Guarnizo C. 'Inequidad' de la expectativa de vida al nacer por sexo y 'departamentos' de Colombia. *Biomedica*. 2013; 33(3): 383-392. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i3.811>
 41. Valencia Y, González Á, Builes D. El eco-etnodesarrollo el Chocó biogeográfico. Estudio a partir del extractivismo y las luchas Sociales por el territorio. *Ratio Juris UNAULA*. 2018; 13(26): 81-114. doi: [10.24142/raju.v13n26a4](https://doi.org/10.24142/raju.v13n26a4)
 42. celade.cepal.org [Internet]. Santiago: CEPAL; c2022. Estimaciones y proyecciones del CELADE; 2007. Disponible en: https://celade.cepal.org/redatam/pryesp/cairo/WebHelp/Metalatina/tasa_de_mortalidad_infantil.htm
 43. Longhi F. Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones. *Andes*. 2013; 24 (2): 1-41.
 44. Jaramillo M. Situación de la Mortalidad Infantil en Colombia [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Granada; 2016. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/44612>
 45. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Salud materno-infantil de pueblos indígenas

- y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago de Chile: ONU; 2010. 71 p.
46. Jaramillo M, Chernichovsky D, Jiménez J. Brechas regionales de la mortalidad infantil en Colombia. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2013; 30(4): 551-559. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.304.232>
 47. Fábrega R. Salud y Desigualdad Territorial. Documento de Trabajo N°13. Serie Estudios Territoriales. Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. Santiago de Chile: Rimisp; 2013. Disponible en: https://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/1375105909Doc13SaludCTDFABREGA.pdf
 48. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. Nueva York: PNUD; 2019. 46 p.
 49. Hoffmann O. La región del pacífico. Entre “marginalidad” y “particularidad”. En: Hoffmann O; editor. Comunidades negras en el Pacífico colombiano: Innovaciones y dinámicas étnicas. Quito: Institut français d'études andines; 2007. 310 p. doi: [10.4000/books.ifea.5702](https://doi.org/10.4000/books.ifea.5702)
 50. Muñoz C, Pérez G. Reflexiones sobre el rol de la logística en la explotación sostenible de los recursos naturales en América Latina y el Caribe; Caribe. *Boletín FAL*. 2017; 357(5): 1-13. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42537/S1701062_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 51. Bonet J. ¿Por qué es pobre el Chocó? Cartagena: Editorial Banco de la República; 2007. 68 p.
 52. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2015 [Internet]. Nueva York: PNUD; 2015. p. 49. Disponible en: <https://www.undp.org/es/publicaciones/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-informe-de-2015>
 53. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012; 26(2): 182-189. doi: [10.1016/j.gaceta.2011.07.024](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024)
 54. Escobedo R, Echandía C. Panorama actual del Chocó; 2003. https://www.researchgate.net/publication/319141466_Panorama_actual_del_Choco/citation/download
 55. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La matriz de la desigualdad social en América Latina. Santiago de Chile: ONU; 2016. 96 p.
 56. Kaztman R. La medición de las necesidades básicas insatisfechas en los censos de población. Santiago de Chile: CEPAL; 1995. 37 p. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/34702/S9500588_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y