

Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos

Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Alberto Pellegrini Filho, Orielle Solar, Félix Rígoli, Lúgia Malagón de Salazar, Pastor Castell-Florit Serrate, Kelen Gomes Ribeiro, Theadora Swift Koller, Fernanda Natasha Bravo Cruz, Rifat Atun

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.
Inglés disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

RESUMEN

Existen varios determinantes de salud y enfermedad que están intrínsecamente relacionados, incluyendo el nivel socioeconómico, la educación, el empleo, la vivienda, y la exposición a agentes físicos y ambientales. Estos factores interactúan entre sí e influyen en forma acumulativa sobre la salud y carga de enfermedad de los individuos y las poblaciones, estableciendo las desigualdades e inequidades entre y a lo largo del territorio de los países. Los modelos biomédicos de salud son útiles para disminuir las consecuencias adversas de las enfermedades, pero no son suficientes para mejorar eficazmente la salud de individuos o poblaciones, ni para promover la igualdad en salud. Los determinantes sociales de la salud son particularmente importantes en los países latinoamericanos, caracterizados por una herencia colonial negativa, enormes injusticias sociales, una gran desigualdad socioeconómica y amplias inequidades en salud. Los niveles de pobreza y desigualdad empeoraron substancialmente en estos países en las décadas de 1980 y 1990 y en los primeros años del 2000. Muchos países latinoamericanos han introducido políticas que integran acciones en salud, sociales y económicas, y han buscado desarrollar sistemas de salud que incorporen intervenciones multisectoriales al introducir la cobertura universal de salud para mejorar la salud y sus determinantes. En este artículo presentamos cuatro estudios de caso de países de América Latina para mostrar el diseño e implementación de programas de salud apoyados por la acción intersectorial y la participación social que han alcanzado abordar de forma efectiva los determinantes sociales de salud, mejorar los resultados, y reducir las desigualdades en salud a nivel nacional. La inversión en la capacidad administrativa y política, el fuerte compromiso político y de gestión, y el desarrollo de programas nacionales no limitados al período de los gobiernos, han sido cruciales para apuntalar el éxito de estos programas.

INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad están determinadas por varios factores, como la exposición ambiental, vivienda, educación, y nivel socioeconómico.[1] Por lo tanto, para lograr mejoras en la salud de una población y equidad en salud se requieren acciones intersectoriales y participación social, las cuales han sido introducidas en varios países de América Latina.[2]

La salud es una dimensión importante y un indicador sensible del desarrollo sostenible. La salud representa el efecto colectivo de las condiciones de vida a nivel social, económico y material. Una población saludable posibilita mayor productividad laboral y mayores ingresos económicos en los hogares debido a su participación en el mercado laboral, lo que crea oportunidades para un crecimiento más inclusivo y sostenible.[3]

La Declaración de Alma-Ata,[4] la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud,[1] y la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud[5] han subrayado la importancia decisiva de políticas y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en la promoción de la equidad en salud. En el 2012, la Resolución “El futuro que deseamos”, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, afirmó que “la cobertura universal de salud es un instrumento fundamental para aumentar la salud, la cohesión social y un desarrollo humano y económico sostenible.”[6] La cobertura universal de salud contribuye a las dimensiones sociales, económicas y ambientales para un desarrollo sostenible y su búsqueda no debe estar restringida al cuidado de la salud sino que debe incluir también la promoción de la salud en la población.[6]

La equidad es la meta inherente a la cobertura universal de salud, ya que implica el acceso universal de toda la población a servicios de salud necesarios y de calidad, que cubran todos los niveles de atención médica sin riesgo de dificultades económicas causadas por el uso de estos servicios. De manera similar, a fin de lograr un desarrollo sostenible, la noción de cobertura universal de salud ha sido ampliada para cubrir todo tipo de atenciones médicas, incluyendo la promoción de la salud, que se ocupa de los determinantes sociales de la salud.[7]

Las desigualdades estructurales, que definen la jerarquía social en los países, también establecen diferencias en las necesidades de salud, recursos, y capacidad para moverse en los sistemas de salud.[8] Las intervenciones del sector de salud no son suficientes por sí solas para mejorar la salud de la población y el bienestar social. Para mejorar los determinantes sociales de la salud se requieren además políticas y acciones a partir de otros sectores como el económico, la educación, el transporte, la vivienda, la agricultura, y otros. Por lo tanto, el sector de la salud debe actuar como líder para canalizar las acciones intersectoriales orientadas a corregir las desigualdades en los determinantes sociales de la salud, mejorando la salud y disminuyendo las inequidades en salud.

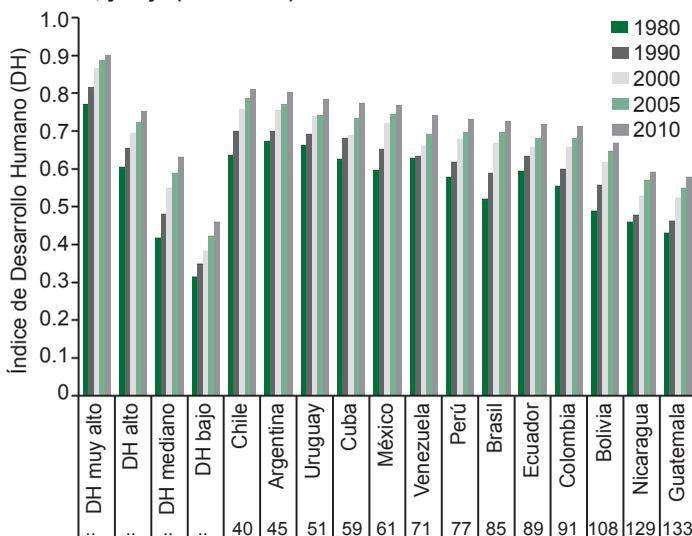
Las injusticias sociales, las desigualdades en salud y económicas, y la inequidad en los determinantes sociales de la salud han sido durante mucho tiempo una característica distintiva de América Latina (Panel 1) y han motivado acciones para hacerles frente. Por consiguiente, las lecciones de los países de América Latina son particularmente relevantes para la agenda global sobre cobertura universal de salud y desarrollo sostenible. En este artículo, con estudios de caso en cuatro países, evaluamos las experiencias en el diseño e implementación, a escala nacional, de los programas sociales respaldados por la acción intersectorial y la participación social orientada a abordar los determi-

nantas sociales de la salud, mejorando la salud y disminuyendo las inequidades en salud. Atun y otros[9] proporcionan un análisis detallado de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud, Cotlear y otros[12] analizan los antecedentes históricos de las reformas en salud.

DESIGUALDADES SOCIALES Y DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Los países latinoamericanos se caracterizan por su herencia colonial y por desigualdades socioeconómicas marcadas y persistentes, con valores del Índice Gini (medida de la desigualdad de ingresos en un país) entre los más altos del mundo. La pobreza y la desigualdad empeoraron substancialmente en la década de 1980 y las desigualdades aumentaron hasta fines de la década de 1990, cuando el Índice Gini promedio para América Latina alcanzó valores de más de 58.[13] Entre 1990 y 2004, la igualdad en los ingresos se siguió deteriorando en varios países de Latinoamérica, pero mejoró en otros (Figura 1). En el 2004, América Latina tuvo el más alto Índice Gini de ingreso promedio, con valores de 52.5, 8 puntos más alto que Asia, 18 puntos más alto que Europa del Este y Asia Central, y 20 puntos más alto que los países de ingresos altos.[14] Sin embargo, a partir de 2005, debido al crecimiento económico y a políticas sociales destinadas a abordar la pobreza y las desigualdades socioeconómicas, la igualdad en los ingresos comenzó a mejorar, como lo muestra el Índice Gini (Ver apéndice en línea).

Figura 1: Índice de Desarrollo Humano en países de América Latina comparado con países con índices de desarrollo muy alto, alto, mediano, y bajo (1980–2010)



El Índice de Desarrollo Humano es un índice compuesto que mide los logros promedio en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: vida larga y saludable, conocimientos, y nivel decente de vida.

Datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo <http://hdr.undp.org>

Entre 1980 y 2010, los países de América Latina lograron mejoras en los Índices de Desarrollo Humano en comparación con los niveles de mejoramiento alcanzados a nivel mundial (Figura 1). Sin embargo, particularmente entre el 2000 y 2010, las mejoras en el índice de desigualdad de género fueron escasas, sobre todo si se comparan con países como Noruega y Suecia, donde las inequidades entre mujeres y hombres en relación con la salud reproductiva, empoderamiento y el mercado laboral son las más bajas del mundo (Figura 2).

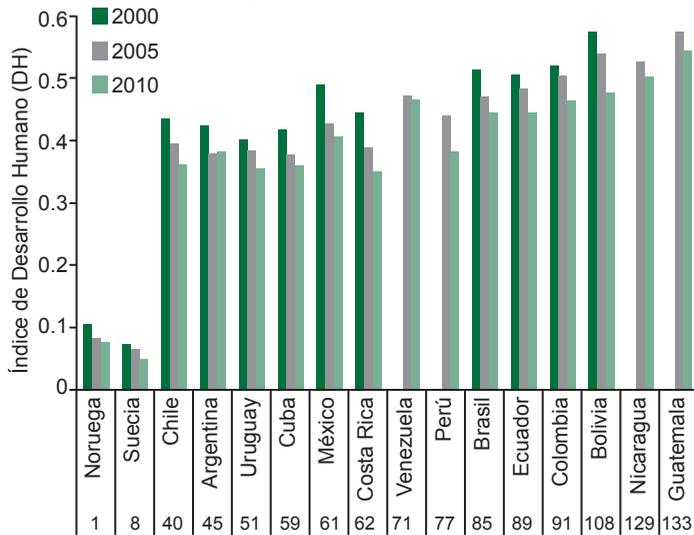
MENSAJES PRINCIPALES

- Dentro del amplio contexto de la salud, los determinantes sociales, el progreso democrático, y un desarrollo sostenible, están íntimamente relacionados. Como cualquier cambio en uno de estos terrenos afecta a los otros, para el diseño de políticas públicas y sistemas de salud que logren niveles de salud y bienestar justos se necesitan acciones complementarias a nivel de salud, social, y económico.
- Los países de América Latina tienen una experiencia substancial respecto a acciones intersectoriales de diferente alcance e intensidad, y a estrategias de dirección para mejorar la salud de la población. Así como también, las acciones gubernamentales a corto plazo, una inversión en capacitación política y de dirección, un fuerte compromiso a nivel político y de dirección, y la elaboración de programas estatales han sido cruciales para apoyar este éxito.
- Los países latinoamericanos han utilizado la participación social de manera efectiva mediante mecanismos institucionalizados de participación deliberativa (Brasil) y acciones intersectoriales (Cuba), a fin de mejorar la equidad. Sin embargo, los logros en salud de la población, y los resultados sociales expresados en forma de promedios de los países, ocultan las injusticias sociales y en salud, inaceptablemente generalizadas y persistentes.
- Los desafíos para la salud representados por las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia, los accidentes del tránsito, y el uso de drogas ilegales, sólo pueden ser solucionados por la inversión simultánea en sistemas de salud y en acciones para abordar los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, una amplia concepción en el diseño e implementación de una cobertura universal de salud, debe incorporar acciones dirigidas a trabajar sobre los determinantes sociales de la salud, para así lograr una salud justa para las generaciones presentes y futuras.

Aún en países como Brasil, que ha logrado una enorme reducción de la pobreza e introducido la cobertura universal de salud,[9] la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y los efectos de los determinantes sociales de la salud siguen siendo un importante desafío. Existen grandes diferencias entre los grupos socioeconómicos (medidas por el nivel educacional), en el acceso a los servicios prenatales, la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad de menores de 5 años, los índices de mortalidad por diabetes y la tasa de mortalidad por homicidio (Ver apéndice en línea).

A partir de la década de 1990, muchos países de América Latina introdujeron políticas redistributivas y reformas sociales para hacer frente a las amplias desigualdades y el bajo rendimiento en materia de desarrollo humano. Alrededor del 2000 esas políticas comenzaron a ejercer un efecto positivo en el tratamiento de las desigualdades. Por ejemplo, entre los años 2000 y 2010, de acuerdo con el Índice Gini, las desigualdades en los ingresos disminuyeron en 12 de los 17 países de América Latina de los que se posee datos comparables (Figura 3).[15,16] De manera similar, han disminuido las desigualdades en los ingresos laborales y las diferencias salariales entre los

Figura 2: Índice de desigualdad de género

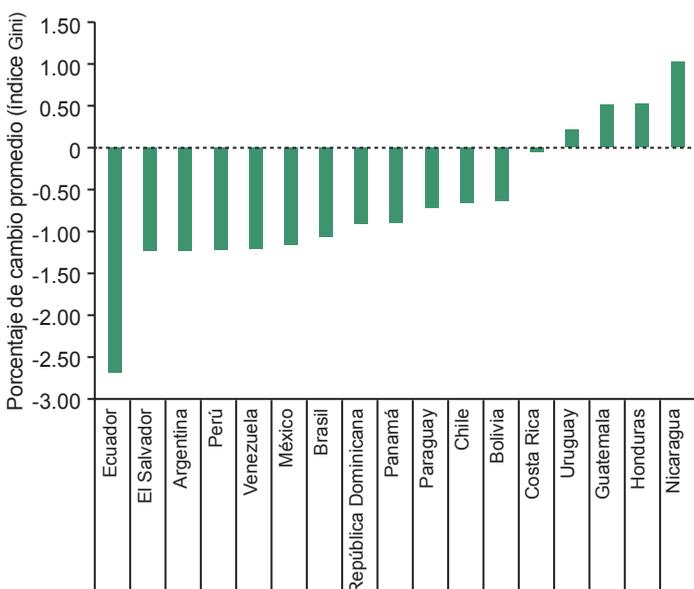


El Índice de Desigualdad de Género es una medida compuesta que muestra las desigualdades en logros entre mujeres y hombres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento, y mercado laboral. Datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo <http://hdr.undp.org>

trabajadores, debido en parte a las políticas gubernamentales implementadas en la mayoría de los países de América Latina para aumentar el salario mínimo, ampliar el empleo formal, y aumentar las oportunidades para la educación básica y entrenamiento laboral.

Igualmente, los programas de transferencia condicionada de dinero han ayudado a mejorar los niveles de ingresos de las familias pobres, estimulando la asistencia a la escuela de los/as niños/as y aumentando la demanda por servicios de promoción y prevención de salud.[9,17] Sin embargo, a pesar de estas mejoras, en el 2011 alrededor de cuatro de cada diez trabajadores carecían de seguro de salud o jubilación, a dife-

Figura 3: Disminución de las desigualdad de ingresos en países seleccionados de América Latina, 2000–2010



Calculado a partir de datos del Banco Mundial (1990–2004) y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2005–2010) <http://hdr.undp.org>

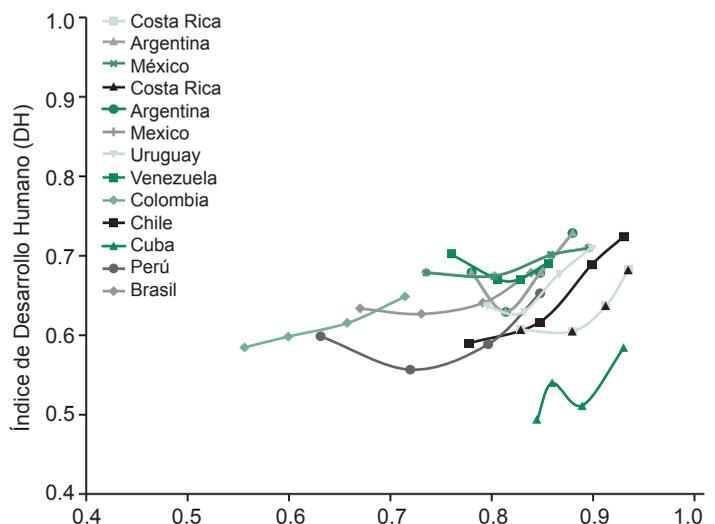
rencia de los trabajadores del sector formal, que poseían este tipo de cobertura.[18]

A partir de 1990, y particularmente entre los años 2000 y 2010, los niveles de salud en los países de América Latina mejoraron más rápidamente que los ingresos, en comparación con otros países del mundo, como lo demuestran las mejoras en los índices de ingresos y salud (Figuras 1 y 4).

Sin embargo, a pesar de que el desarrollo económico y las políticas públicas que fomentan la igualdad han reducido en parte las injusticias sociales,[3] importantes desigualdades sociales y de salud persisten en los países de América Latina que enfrentan el desafío creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles, la urbanización, los accidentes de tránsito, muertes violentas, y el aumento progresivo en el consumo de drogas ilícitas —problemas arraigados en los determinantes sociales de salud. La rápida urbanización significa un crecimiento previsto de la población urbana de América Latina de 394 millones en el 2000 a 609 millones en el 2030,[19] creando potencialmente grandes demandas de salud insatisfechas en las aglomeraciones urbanas.

Desde comienzos de la década de 1970, los investigadores en América Latina han explorado la relación entre salud y desigualdades sociales como un tema central de su investigación empírica y teórica, para demostrar la compleja relación entre sociedad y salud, generando importantes conocimientos útiles para el desarrollo de políticas. Estos investigadores establecieron redes sólidas de trabajo con el fin de debatir sobre los determinantes sociales de la salud y promover acciones para abordarlas. También formaron el movimiento de medicina social[2] que encabezó la lucha por la democracia durante las dictaduras militares, promovió el derecho a la salud, y ayudó a dar forma a los sistemas de salud y a las reformas sociales en varios países de América Latina.[9]

Figura 4: Índices de ingresos y salud en países seleccionados de América Latina, 1980–2010



El Índice de Salud se mide a partir de la esperanza de vida al nacer expresada como un índice, con un valor mínimo de 20 años y con valor máximo registrado durante 1980–2010. El Índice de Ingresos se mide como el ingreso nacional bruto por persona (basado en la equivalencia en poder adquisitivo internacional, en dólares US, en el 2005, usando logaritmos naturales) expresado como un índice con un valor mínimo de \$100 y con valor máximo registrado durante 1980–2011. Datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo <http://hdr.undp.org>

ACCIÓN INTERSECTORIAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ALCANZAR LA ATENCIÓN DE SALUD UNIVERSAL

La intersectorialidad es un proceso político, administrativo y técnico[20] que involucra negociación y distribución del poder, recursos, y capacidades (a nivel técnico e institucional) entre diferentes sectores. Una acción intersectorial no solo demanda una visión social o una intención política del gobierno, sino también la capacidad de gestión, todo esto asociado a una nueva organización institucional y la formación de directores en el área de la salud y otros sectores, para desarrollar la capacidad técnica apropiada.

La acción intersectorial, considerada en el pasado como una respuesta excepcional a situaciones poco comunes, tales como los brotes epidémicos, se utiliza cada vez más para enfrentar nuevos desafíos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia, los accidentes de tránsito, y el consumo de drogas ilegales. El aumento de la evidencia y la percepción de la importancia de las acciones a nivel social para abordar los determinantes sociales de la salud han dado lugar a una transición desde la coordinación de la información la acción coordinada para hacer frente a los nuevos desafíos. Cada vez más, los países latinoamericanos han enfrentado el dilema de la acción intersectorial —una transición desde un enfoque en el que cada sector trabaja en forma independiente, a una espiral progresiva de acción intersectorial, con coordinación de la información entre los diferentes sectores, estableciendo actividades de programación intersectorial que integran diseño e implementación de políticas de identificación de problemas.[21] La intensidad de la intersectorialidad abarca desde la información a la cooperación, enfocadas en la intervención de las enfermedades; a la cooperación y coordinación, donde la atención se centra en la prevención y en la promoción de salud; y hasta la integración de políticas y estrategias en todas las políticas, donde el foco de intervención esté dirigido a abordar los determinantes sociales de la salud.[20] La magnitud en que una estrategia intersectorial contribuya a la reducción de las desigualdades sociales y de salud sigue siendo una cuestión fundamental.

La coordinación intersectorial y las reuniones de gabinete con relación a los determinantes sociales[15] son ahora una característica habitual de las actividades de gobierno en varios países tales como Brasil y Chile, los que han creado ministerios centrados en problemas específicos (ej. desarrollo social, desarrollo urbano, igualdad de género, y reducción de la pobreza). También existen nuevas iniciativas presidenciales, como las de México, para enfrentar emergencias sociales, tales como drogas y violencia, mediante acciones intersectoriales. Estas nuevas estructuras de gobierno han cuestionado la organización unisectorial tradicional del Estado, y necesitan nuevas estrategias para la distribución del poder y de las responsabilidades, en particular, la participación de las autoridades locales y las organizaciones de la sociedad civil en las asociaciones, la movilización social y en la toma de decisiones. Estos nuevos acuerdos para gobernar exigen respuestas más flexibles de los gobiernos centrales. La acción intersectorial y la participación social se integran en los nuevos acuerdos para gobernar, la pérdida en autonomía y poder de cada actor se ve compensado por la ganancia en efectividad para solucionar situaciones complejas.

En nuestro análisis de las acciones intersectoriales en los estudios de caso, se consideraron tres campos: área de influencia y objetivos, organización de la acción intersectorial, y resultados, particularmente respecto a la extensión de la cobertura y a la reducción de las desigualdades (Panel 1).

PARTICIPACIÓN SOCIAL

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud[22] identificó las estrategias participativas como un componente decisivo del sistema de salud para hacer frente a las desigualdades en salud, respaldadas por “...los acuerdos y prácticas que involucren a grupos de la población y organizaciones de la sociedad civil, particularmente aquellas que trabajan con los grupos socialmente desposeídos y marginados, en las decisiones y acciones que identifican, encaran y asignan recursos para las necesidades en salud.”

En el contexto de las reformas para una cobertura universal de salud, la participación social (particularmente de las poblaciones marginadas) es un mecanismo importante para obtener evidencias sobre los determinantes sociales de salud y las causas de desigualdad en el acceso a los servicios y a una cobertura efectiva; ej. a través de un monitoreo comunitario. La participación social también proporciona los mecanismos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y sobre los factores que afectan el acceso a los servicios de salud, mediante la movilización de las comunidades y el fortalecimiento apropiado de los sistemas de salud.

La participación social tiene un valor intrínseco, como el derecho del ciudadano a participar en las decisiones que lo afectan, y un importante valor instrumental, porque la participación de las comunidades y grupos de la sociedad civil en el desarrollo, implementación y evaluación de las políticas públicas, es necesaria para una gestión pública transparente y responsable en una democracia. La participación social es fundamental para movilizar el apoyo político respecto a las políticas destinadas a abordar desigualdades en los determinantes sociales, la lucha contra las inequidades en salud, y para mantener los cambios introducidos por la redistribución del poder y los recursos.[23] como se muestra en Brasil, donde la participación social es parte integral de la dirección del sistema de salud (Ver apéndice en línea). El éxito de este tipo de políticas depende de una amplia movilización social y del reconocimiento general de la gravedad de las desigualdades en salud existentes y de la necesidad urgente de combatirlas.[24,25]

La participación social fortalece la democracia porque las instituciones y los responsables de las decisiones tienen en cuenta las perspectivas de los ciudadanos sobre el cambio o mantenimiento de las estructuras y los valores de una sociedad con relación al sistema político y sus políticas.[26] Por ejemplo, en Cuba y Venezuela, que tienen regímenes socialistas, se estimula la participación social en el desarrollo de las políticas públicas. En otros países de América Latina, incluyendo varios que lucharon para liberarse de dictaduras militares, los regímenes políticos actuantes se basan en el modelo representativo de la democracia, generando un ambiente propicio para la participación directa,[26,27] como se discute en detalle por Atun y colaboradores[9] y por Cotlear y colaboradores.[12]

Factores que impiden la participación social son la combinación de pragmatismos a corto plazo, el predominio de una noción

Panel 1: Áreas de acción intersectorial

Área 1: alcance y metas

Esta primera área corresponde al diseño de la política intersectorial, su alcance, el programa y su cobertura (población objetivo) —por ejemplo, si la población total se beneficia con el programa como un derecho fundamental o si ese derecho se restringe a grupos específicos dentro de la población. Esta distinción entre general versus grupos específicos es particularmente importante en el análisis de la equidad en América Latina, porque la reducción de la pobreza no conduce necesariamente a una reducción en las desigualdades sociales y de salud en los grupos poblacionales.

En el contexto de América Latina, la cobertura universal de salud y su ejecución progresiva necesitan enfatizar en la igualdad y la universalidad; la acción intersectorial debe fortalecer los sistemas de salud para ampliar el acceso y abordar los determinantes sociales de salud para mejorar las oportunidades de las poblaciones desfavorecidas a partir de las inversiones en los sistemas de salud.[9]

Área 2: organización de las acciones intersectoriales

La segunda área se refiere a los métodos de organización, gestión y financiamiento de las acciones intersectoriales, determinando su éxito y sostenibilidad. El análisis considera cómo se realizan las decisiones, la intensidad de la colaboración intersectorial, cómo se realizan el monitoreo y las evaluaciones, y la capacitación y aprendizaje entre las partes interesadas. Una organización efectiva de las acciones intersectoriales necesita la participación a nivel local.

Las posibilidades de éxito del programa se ven aumentadas si hay descentralización en la toma de decisiones, lo que lleva la toma de decisiones más cerca del nivel local y comunitario (en el que los sectores tienen el poder y la libertad de acción como para enfrentar en conjunto los problemas y encontrar soluciones).[10] La intersectorialidad incluye desde compartir la información hasta la cooperación y coordinación, y la integración de políticas y estrategias.

En nuestro análisis de la organización de la acción intersectorial, nos centramos en el rol desempeñado por la actuación local y por los servicios de atención primaria, muy importantes para reducir las inequidades en el acceso y lograr gradualmente una cobertura universal de salud. Exploramos además la intensidad de la intersectorialidad, los mecanismos de gestión, y las estrategias empleadas para enfrentar los desafíos encontrados e institucionalizar las acciones a tomar.

Área 3: resultados

La tercera área corresponde a la cobertura y a los resultados logrados por las políticas o programas intersectoriales, en particular, al éxito logrado por las acciones intersectoriales con relación a la reducción de las desigualdades sociales y en salud. El análisis busca demostrar cómo una acción intersectorial contribuye a la reducción de las inequidades en salud, y afecta el acceso equitativo a los servicios, incluyendo las consecuencias económicas y de salud resultantes del uso de los servicios.[11]

burocrática y tecnocrática de las políticas públicas, la subestimación del conocimiento y las capacidades de la comunidad, y la resistencia para compartir el poder.[28] Para trascender estos obstáculos hacia la participación social, se necesita una relación estrecha entre los gobiernos y las poblaciones durante el proceso de formulación de las políticas, institucionalizar los mecanismos de participación, la formación de los actores públicos y de comunidades, el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, el diseño de estrategias coherentes de comunicación, difusión de la información, y el aumento de los esfuerzos para entender y promover los procesos participativos. En conclusión, la participación tiene que ser puesta en práctica: la misma experiencia de participación es un prerrequisito para su propio fortalecimiento.

La mayoría de los países latinoamericanos han establecido mecanismos institucionales (similares a los defensores públicos, llamados comúnmente *defensorías del pueblo* en español o *ouvidorias* en portugués) para oír y atender los requerimientos de los ciudadanos respecto a servicios públicos de salud. Asimismo, los países de América Latina tienen la experiencia de participación social en asuntos del sector público, o más específicamente en el sector de la salud, basada en estructuras comunitarias que implican asociación, como los consejos de salud municipales, que actúan a nivel municipal. Estas estructuras participativas se extienden más allá del sexo, raza, y pertenencia étnica, para incluir movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil. Otras experiencias incluyen asociaciones de pacientes, las que generalmente operan como actores políticos a nivel nacional en un diálogo regular con los gobiernos.

PROGRAMAS INTERSECTORIALES PARA ENCARAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

Exploramos los programas intersectoriales implementados en Brasil, Chile, Colombia y Cuba con relación a los tres campos de análisis. Si bien estos programas se diferencian respecto a la población objetivo, actividades, y tipo de cobertura, comparten un objetivo común: la reducción de las desigualdades en salud por medio de acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales de salud. Además de contribuir a los objetivos de los sistemas de salud de mejorar el nivel y la distribución de la atención de salud, protección económica, y satisfacción del usuario, estos programas también contribuyen a los objetivos de un desarrollo sostenible, los cuales están vinculados simultáneamente con otros sectores.

Brasil: Bolsa Familia El programa de transferencia condicionada de dinero en efectivo llamado *Bolsa Familia* (subvención familiar) fue establecido en el 2003 para asegurar el derecho social a la atención y cuidado de la salud, ampliando así el acceso a la salud y la educación para las familias en situación de pobreza y extrema pobreza, y para reducir la pobreza y las desigualdades de ingreso. El programa agrupó varios programas preexistentes (ayuda escolar, asistencia para comida, tarjeta para comida, y subsidio para combustible) y en el 2011 pasó a formar parte de la estrategia gubernamental *Plan Brasil Sem Miséria* (*Plan Brasil sin Miséria*) para aumentar los ingresos y el bienestar de la población.

El *Plan Brasil Sin Miséria* está dirigido a las familias con ingresos individuales inferiores a R\$70 (alrededor de \$30 USD). El pro-

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

Tabla: Creación de capacidad para la cobertura universal de salud y para la acción sobre los determinantes sociales de la salud

	Desarrollo institucional	Métodos o tecnologías	Entrenamiento de los recursos humanos
Intersectorialidad para actuar sobre los determinantes sociales de salud a fin de promover un desarrollo sostenible	Creación o fortalecimiento de instancias de coordinación intersectorial	Desarrollo de metodologías para la planificación y coordinación intersectoriales	Entrenamiento de directivos y de profesionales en diferentes sectores
Participación social	Creación o fortalecimiento de comités locales con la participación del gobierno y de la sociedad civil	Desarrollo de métodos para difusión de información entre los miembros de los comités para apoyarlos en la toma de decisiones	Talleres y cursos cortos para los líderes comunitarios y para miembros de los comités
Consolidación de la participación del sector salud para una cobertura universal de salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud	Creación o fortalecimiento de instancias en el Ministerio de Salud para la promoción de salud y de acción sobre los determinantes sociales de salud	Desarrollo de metodologías de planificación en salud y programación con enfoque en los determinantes sociales de la salud	Talleres y cursos cortos para directivos y para profesionales de la salud para capacitarlos en la inclusión del enfoque de los determinantes sociales de la salud en los programas de salud
Vigilancia de las tendencias sobre las desigualdades en salud para la elaboración de políticas	Creación o fortalecimiento de mecanismos de vigilancia de las desigualdades y de evaluación de las intervenciones, a fin de apoyar la elaboración de políticas	Creación o fortalecimiento de sistemas de información para monitorear las desigualdades en salud, y para el desarrollo y difusión de métodos para la evaluación de las intervenciones sobre determinantes sociales de la salud	Talleres y cursos cortos para el seguimiento de las desigualdades en salud y para evaluar las intervenciones

grama tiene tres ejes directrices: inclusión productiva (acciones que crean empleos y oportunidades para generar ingresos para ciudadanos pobres en áreas rurales y urbanas, incluyendo el acceso a medios de producción, asistencia técnica para mejorar la capacidad de producción, y acceso a los mercados de comida); segundo, acceso a los servicios públicos (en educación, salud, bienestar social, y seguridad alimenticia); y tercero, transferencias de ingresos, que incluyen los aportes de los programas *Disposición de Beneficios Continuos* y *Bolsa Familia* (Ver apéndice en línea).

El programa *Bolsa Familia* de Brasil se considera un éxito. Ha sacado de la pobreza a millones de personas, ha apoyado a individuos con enorme necesidad de atención médica no cubierta previamente, y ha contribuido a la realización progresiva de una cobertura universal de salud.[29,30] Además de la ampliación de la red de protección social y económica, *Bolsa Familia* ha contribuido a mejorar los indicadores de salud de la población beneficiada. Entre el 2002 y 2011, el porcentaje de embarazadas (en la población objetivo) que asiste a siete o más consultas prenatales aumentó de 49.19% a 61.8%.[31] La acción intersectorial a través de la *Bolsa Familia* también ha contribuido a obtener mejoras en salud y sobre los determinantes sociales. La integración de políticas de salud y de educación en la *Bolsa Familia* expandió el acceso de los grupos más pobres de Brasil y entre el 2003 y 2013 contribuyó a un aumento importante de las inmunizaciones y a la reducción de la malnutrición infantil, y entre 2004 y el 2009 a la reducción de la mortalidad en los menores de 5 años.[9,32,33]

Chile: Chile Crece Contigo: Es un sistema para la protección del desarrollo infantil temprano; tiene la misión de vigilar, proteger, y defender los derechos de todos los niños y sus familias, proporcionando programas y servicios que posibilitan un apoyo especial a las familia más pobres, que son las más vulnerables (Ver apéndice en línea).[34] Este sistema comenzó en el 2006 durante el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet (primera mujer presidenta de Chile) y aún continúa. Las evidencias hasta

el presente muestran un efecto positivo con relación a la reducción de la pobreza infantil y a un aumento en las posibilidades de acceso a la educación y a la salud.[35]

Chile Crece Contigo contribuye a la ejecución progresiva de una cobertura universal de salud, suministrando una plataforma universal que apoya el desarrollo infantil temprano para todos los preescolares menores de 5 años y para todas las embarazadas; incluye medidas proporcionales a las mayores necesidades de las poblaciones más vulnerables. Esta combinación de apoyo universal y apoyo focalizado a familias con niños, asociado con otros programas sociales para las poblaciones más desfavorecidas, fue diseñada para reforzar las acciones orientadas a la obtención de indicadores de cobertura universal de salud, mejorar los resultados de salud, y los determinantes sociales de salud (ej. educación y empleo) relacionados con el desarrollo sostenible.

Colombia: De Cero a Siempre Es la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral durante la primera infancia. Lanzada por el presidente de Colombia a comienzos del 2011, esta estrategia busca unir los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones sociales civiles, y de la cooperación internacional a fin de mejorar las experiencias y resultados de la primera infancia en Colombia (Ver apéndice en línea).[36]

La estrategia empleada[36] se basa en un programa anterior, *Hogares Comunitarios de Bienestar Social*, un programa de guardería comunitaria que suministraba alimentación y cuidado a niños de familias pobres. Entre los beneficiarios, este programa condujo a mejoras en el estado nutricional de los niños y en las posibilidades de empleo para las madres.[37] *De Cero a Siempre* ofrece una visión importante de los efectos de la acción intersectorial en los esfuerzos por lograr la cobertura universal de salud. En especial el papel del sector educación, el que debe liderar la coordinación de la estrategia; sin embargo, esta estrategia es una plataforma para aumentar la cobertura y la calidad de la atención de salud. Similarmente, la estrategia se focaliza en

el fortalecimiento de la atención primaria de salud, incluyendo enfoques participativos y de movilización social, donde las autoridades locales desempeñan un papel importante apoyando el progreso hacia la cobertura universal de salud y objetivos amplios de desarrollo sostenible.

Las metas de esta estrategia combinan las intervenciones universales y focalizadas, que permitan asegurar el derecho a una atención completa a 2.9 millones de niños vulnerables, pertenecientes a las poblaciones más pobres, dando la prioridad a las poblaciones en situación de extrema pobreza, a través de la coordinación de los sectores educación, cultura, planificación, salud, y protección social, a nivel nacional y local. Esta estrategia también busca conseguir el 100% de cobertura de la población de hasta 5 años de edad, incluyendo los niños de 5 años, la que representa aproximadamente 4 millones.[35]

Cuba: Programa de Prevención del Dengue y Erradicación del *Aedes aegypti* El programa cubano de *Prevención del dengue y erradicación del Aedes aegypti* es la suma de un conjunto exhaustivo de intervenciones intersectoriales dirigidas a la eliminación y control del mosquito *Aedes aegypti* (y otros vectores) mediante sanidad ambiental, higiene, y acciones familiares colectivas (Ver apéndice en línea).[38]

El programa está respaldado por la legislación e involucra a los gobiernos locales, al Ministerio de Salud Pública, asociaciones comunitarias, médicos de familia, administración de recursos hídricos, la brigada anti-mosquitos, y a varias organizaciones de la sociedad civil. Este programa ha conducido a la disminución de las infecciones por dengue y a mejoras en el manejo ambiental para el control de vectores.[39–42]

El Programa para la prevención del dengue tiene su base en la atención primaria de salud, en su implementación es liderado por los gobiernos provinciales y municipales, y con enfoque participativo que permita crear a nivel local planes de evaluación y acciones. Dicho programa ofrece importantes aprendizajes para la acción intersectorial dirigida a la cobertura universal de salud, y el desarrollo sostenible. Además, al igual que en los otros casos estudiados, la experiencia cubana destaca la importancia de la inversión en la promoción de salud y prevención de enfermedades, ambos componentes integrales de una cobertura universal de salud.

ACCIONES INTERSECTORIALES Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOGRAR UNA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: LECCIONES APRENDIDAS EN AMÉRICA LATINA

Las experiencias de los cuatro países latinoamericanos resaltan los desafíos enfrentados para abordar la desigualdad en salud y los determinantes sociales de la salud. Estos desafíos tienen sus raíces no solo en las inherentes desigualdades sociales sino también en la organización institucional de sectores del gobierno que fomentan la acción unisectorial y dificultan la colaboración multisectorial.

Los ejemplos de los países y políticas analizados dan una idea sobre cómo se desarrollan e implementan las acciones intersectoriales integradas. Los cuatro estudios muestran cómo los

enfoques sobre la cobertura universal de salud y los determinantes sociales de salud, respaldados por una participación intersectorial y social, pueden ser usados en una variedad de situaciones. Por ejemplo, el control de las enfermedades infecciosas (Cuba), la mejora en las experiencias y resultados del desarrollo en la primera infancia (Chile y Colombia), y la transferencia de dinero en forma condicionada, para asegurar el derecho a salud y educación y para disminuir la pobreza (Brasil). Sin embargo, los ejemplos de estos países también muestran que, si bien existe una cooperación y coordinación importantes entre los diferentes sectores, en la práctica, una

Panel 2: Alcanzando una acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de salud y lograr una cobertura universal de salud

- Combinar las intervenciones a nivel de la demanda (ej. transferencias de dinero o aportes financieros) y la oferta (servicios).
- Involucrar a las autoridades locales en la acción intersectorial, y desarrollar mecanismos de aprendizaje y capacitación sostenibles, para abordar los determinantes sociales de la salud.
- Aumentar la inversión en la promoción y prevención a través de una atención primaria que aborde los determinantes sociales de la salud con una orientación hacia el alcance progresivo de una cobertura universal de salud.
- Apoyar la participación comunitaria, en particular de las poblaciones más desfavorecidas, a través de mecanismos formales, con el fin de lograr una cobertura de salud universal y un desarrollo sostenible.
- Usar datos desagregados y de monitoreo a nivel comunitario para reunir información sobre las desigualdades sociales y de salud, en combinación con el monitoreo sistemático, la evaluación, y suministro de información relevante para los usuarios y los responsables políticos para orientar las políticas, la planificación, distribución de recursos, y prácticas.
- Combinar las medidas dirigidas a las poblaciones más desfavorecidas con enfoques generales para mejorar la cobertura; de esta manera se asegura que las reformas para lograr una cobertura universal de salud y un desarrollo sostenible, si bien orientadas a la igualdad, beneficien con su progreso a todos los grupos de la población.
- Integrar la planificación, elaboración del presupuesto, implementación, y actividades de seguimiento entre las actividades de los sectores que apoyan una cobertura universal de salud y un desarrollo sostenible, ya sea como líderes y/o socios con respecto a las iniciativas de los otros sectores.
- Crear un entorno legal y político en diferentes sectores propicio a la acción sobre los determinantes sociales clave de la salud, la cobertura universal de salud, y el desarrollo sostenible.

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

real integración de las políticas y la programación conjunta con el diseño, la elaboración de programas, su implementación, y su evaluación, representan un gran desafío.

En los cuatro países estudiados, las políticas intersectoriales integradas y las acciones orientadas a abordar los determinantes sociales de la salud, así como las reformas para establecer en forma progresiva una cobertura universal de salud, se han visto obstaculizadas por limitaciones institucionales y de gestión, tales como los presupuestos rígidos asignados para acciones específicas de los departamentos y una capacidad limitada para implementar proyectos y cambios complejos. Para superar estas limitaciones es necesario desarrollar la capacitación en cuatro áreas: la intersectorialidad, la participación social, mayor actuación del sector salud, y vigilancia de las inequidades en salud (Tabla). Estas capacidades deben estar respaldadas por el desarrollo institucional, el establecimiento de métodos y mecanismos de gestión, y la formación de recursos humanos.

La escasez de datos sólidos recopilados sistemáticamente y evaluaciones bien diseñadas con relación a los programas estudiados en los estudios de caso, sugiere la necesidad de fortalecer los sistemas de información de salud. Estos deben proporcionar datos no agregados de los diferentes grupos socioeconómicos con el fin de monitorear las inequidades en salud y estudiar el efecto de las intervenciones en la población objetivo.

Las experiencias de los cuatro países latinoamericanos proporcionan a otros países lecciones y una perspectiva sobre la importancia de la colaboración intersectorial y de la participación social para abordar de manera simultánea los determinantes sociales de la salud cuando se desarrollan políticas orientadas a la cobertura universal de salud y el desarrollo sostenible (Panel 2).

La próxima década debe ofrecer la oportunidad de demostrar cómo una nueva generación de políticas sociales, con énfasis en los determinantes sociales y en la cobertura universal de salud, puede crear una mejor combinación de las prioridades e inversiones en los países de América Latina. La definición más ampliada de derechos sociales (incluyendo el derecho a la salud), desarrollada en las dos décadas pasadas, implica que las políticas sociales que no intenten una cobertura universal de salud no serán aceptables. Sin embargo, si se busca conseguir y mantener una cobertura universal de salud en los países latinoamericanos, es necesario abordar las desigualdades sociales persistentes, un perfil epidemiológico cambiante, y los reclamos de los ciudadanos por sus derechos. En la medida que las sociedades latinoamericanas prosperen, vivan más tiempo, y logren una mayor igualdad, va a haber un aumento en las demandas de los ciudadanos para un mayor acceso y calidad de los servicios de cuidado de la salud. La duda que persiste es cómo esas tendencias democráticas y económicas positivas van a ser encauzadas a lograr un desarrollo sostenible y equitativo.

Existe una ventana de oportunidades para que los países de América Latina compartan a nivel global y en forma activa sus experiencias únicas con respecto a la acción intersectorial y la participación social para abordar los determinantes sociales de la salud y lograr una cobertura universal de salud; es también la ocasión para aprender de los países que han logrado enfrentar exitosamente los determinantes sociales para crecer con mayor justicia social y causar un daño menor a las generaciones futuras. Los países de América Latina pueden aprender mejores procedimientos para coordinar las acciones entre los determinantes sociales, biológicos, y ambientales de la salud, y la construcción de sistemas de salud con un mayor énfasis en la atención primaria de salud, demostrando cómo los gobiernos pueden orientar sus acciones para mejorar la salud, el bienestar y la prosperidad de todos y no sólo para unos pocos elegidos. 

REFERENCIAS

1. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. 2008. Disponible en: http://whqlib.doc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (citado 21 de diciembre, 2013). Inglés.
2. Horton R. Offline: Four principles of social medicine. *Lancet* 2013; 382: 192. Inglés.
3. Bloom DE, Canning D. Policy forum: public health. The health and wealth of nations. *Science* 2000; 287: 1207–09. Inglés.
4. WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Kazakhstan, USSR: World Health Organization, 1978.
5. WHO. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health. Rio De Janeiro, Brazil, 19–21 October 2011. Geneva: World Health Organization, 2011. Inglés.
6. United Nations. UN resolution. A/Res/66/288. The future we want. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=E (citado 20 de diciembre, 2013). Inglés.
7. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ* 1978; 56: 295–303. Inglés.
8. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. First Global Symposium on Health Systems Research; Montreux, Switzerland; Nov 16–19, 2010. Inglés.
9. Atun R, Monteiro de Andrade, Braga J, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2014; publicado en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9). Inglés.
10. Castell-Florit P. [The intersectoral social practice]. Havana: Ciencias Médicas, 2007. Español.
11. WHO. Blas E, Kurup AS, eds. Equity, social determinants and public health programmes. 2010. Geneva: World Health Organization, 2010. Inglés.
12. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaut FM, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet* 2014; publicado en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0). Inglés.
13. Gasparini L, Cruces G, Tornarolli L. Recent trends in income inequality in Latin America. September, 2009. Disponible en: <http://www.ecineq.org/milano/WP/ECINEQ2009-132.pdf> (citado 1 de octubre, 2014). Inglés.
14. Gasparini L, Lustig N. The rise and fall of income inequality in Latin America. ECINEQ working paper series 2011–13. Disponible en: <http://www.ecineq.org/milano/wp/ecineq2011-213.pdf> (citado 21 de diciembre, 2013). Inglés.
15. Lustig N, Lopez-Calva LF, Ortiz-Juarez E. Declining inequality in Latin America in the 2000s: the case of Argentina, Brazil and Mexico. The World Bank, Latin America and the Caribbean Region. Poverty, Equity and Gender Unit. October, 2012. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer?WDSPath=/IB/2012/10/23/000158349_20121023093211/Rendered/PDF/wps6248.pdf (citado 21 de diciembre, 2013). Inglés.
16. Pellegrini A. [Decrease in income inequality in Latin America in the 2000s]. Nov 22, 2012. Disponible en: <http://dssbr.org/site/?p=11973&preview=true> (citado 21 de diciembre, 2013). Portugués.
17. Cecchini S, Veras-Soares F. Conditional cash transfers and health in Latin America. *Lancet* 2014; publicado en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61279-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61279-4). Inglés.
18. Bértola L, Gerchunoff P. [Institutions and economic development in Latin America. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean (CEPAL)]. 2011. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/44960/Institucionalidad_y_desarrollo_final.pdf (citado 22 de diciembre, 2013). Español.
19. United Nations. Latin America, urbanization, poverty and human development. Disponible en: <http://www.unic.org.ar/prensa/archivos/urbanizaciondatoslatam.pdf> (citado 22 de diciembre, 2013). Español.
20. Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. Intersectorality in health. 7th global conference on health

- promotion. Promoting health and development: closing the implementation gap; Nairobi, Kenya; Oct 26–30, 2009. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track4_Inner.pdf (citado 21 de diciembre, 2013). Inglés.
21. Andrade LOM. [Health and the intersectoral collaboration dilemma]. Doctoral thesis. Aug 30, 2004. Disponible en: <http://www.biblioteca.digit.unicamp.br/document/?code=vtls000376076> (citado 10 de septiembre, 2014). Portugués.
 22. WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Challenging inequities through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2007. Inglés.
 23. WHO. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper of the World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 2011. Geneva: World Health Organization, 2011. Inglés.
 24. Pellegrini A, Rovere M. Social participation in the definition and implementation of public policies. Rio de Janeiro: Portal DSS Brazil; 2011. Disponible en: <http://cmdss2011.org/site/2011/08/participacao-social-nadefinicao-eimplantacao-de-politicas-publicas/> (citado 5 de abril, 2013). Inglés.
 25. Sorj B. [By building civil society in Latin America]. In: Sorj B, ed. Usos, abusos e desafios da sociedade civil na América Latina. São Paulo: Paz e Terra, 2010: 7–15. Portugués.
 26. Ramos G. [Social participation in the health field]. *Revi Cubana Salud Pública* 2004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es (citado 21 de diciembre, 2013). Español.
 27. Salles R, Casilla D. [Social participation in health: a challenge participatory in Venezuela]. *Cuestiones Políticas* 2012; 28: 141–56. Español.
 28. Kliksberg B. Strategies and methodologies to promote social participation in the definition and implementation of policies public to combat inequities in health. Disponible en: http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Participaci%C3%B3n-Social_Bernardo-Kliksberg.pdf (citado 12 de abril, 2013). Portugués.
 29. Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998–2010. *Am J Public Health* 2013; 103: 2000–06. Inglés.
 30. Shei A. Brazil's conditional cash transfer program associated with declines in infant mortality rates. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32: 1274–81. Inglés.
 31. Brazil Ministry of Health. [Department of Health surveillance: information system on live births. Indicators of basic data 2012]. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Disponible en: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/defhtb2012/f06.def> (citado 19 de diciembre, 2013). Portugués.
 32. Brazil Ministry of Health. [Surveillance secretariat of information on live births and mortality information system health–system. Indicators of basic data 2012]. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Disponible en: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/defhtb2012/c16b.htm> (citado 21 de diciembre, 2013). Portugués.
 33. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes–Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382: 57–64. Inglés.
 34. Government of Chile. Chile Grows with Executive Secretariat, Department of Health Promotion and Citizenship MINSAL, Division of Healthy Public Policy and Health Promotion. 2010 Guidelines for the promotion of child development in local management. Children at the center of their community. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/04/Promocion-del-Desarrollo-Infantil.pdf> (citado 21 de diciembre, 2013). Inglés.
 35. EKOS consultants. Evaluation of the use and identification of critical nodes and improvements to the system registry, referral and monitoring subsystem child protection Chile Grows with You. Final Report. 2013. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/> (citado 21 de diciembre, 2013). Español.
 36. Government of Colombia. [Zero to always. National Strategy for integral attention to early childhood]. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx> (citado 22 de diciembre, 2013). Español.
 37. Attanasio OP, Vera-Hernández M. Nutrition and child care choices. Evaluating a community nursery programme in rural Colombia. November, 2004. Disponible en: http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/labor/seminars/adp/pdfs/2008_attanasio.pdf (citado 7 de julio, 2014). Inglés.
 38. Díaz C, Torres Y, Cruz AM, et al. [An inter-sector participatory strategy in Cuba using an ecosystem approach to prevent dengue transmission at the local level]. *Cad Saude Publica* 2009;25 (suppl 1): S59–70. Español.
 39. Noriega V, Ramos I, Couterejuzón L, Martín L, Mirabal M, Díaz G. [Organizational status of vector control groups in Havana]. *Rev Cubana Salud Pública* 2009; 35: 1–16. Español.
 40. Guzmán MG, Halstead SB, Artsob H, et al. [Final characterization of and lessons from the epidemic of dengue 3 in Cuba, 2001–2002]. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19: 20–35. Español.
 41. Castell-Florit P. [Sustainability of intersectoriality in Cuba]. Havana: Ciencias Médicas, 2009. Español.
 42. Sanchez L, Pérez D, Pérez T, et al. Inter-sectoral coordination in Aedes aegypti control. A pilot project in Havana City, Cuba. *Trop Med Int Health* 2005; 10: 82–91. Inglés.
- LOS AUTORES**
Luiz O. Monteiro de Andrade PhD, Fundación y Escuela de Medicina Oswaldo Cruz, Fortaleza, Brasil.
Alberto Pellegrini Filho PhD, Centro de Estudios, Políticas, e Información sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
Orielle Solar PhD, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Chile.
Félix Rígoli MD, División de Sistemas de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, Brasil.
Lígia Malagón de Salazar PhD, Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública, Cali, Colombia.
Pastor Castell-Florit Serrate PhD, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
K. Gomes Ribeiro MSc, Universidad Federal de Ceará, Fortaleza, Brasil.
Theadora Swift Koller MSc, Gender, Equity, and Human Rights Team, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
Fernanda Natacha Bravo Cruz MSc, Centro para Estudios Multidisciplinarios Avanzados, Universidad de Brasilia, Brasilia, Brasil.
Rifat Atun FRCP (autor para correspondencia ratun@hsph.harvard.edu), Escuela de Salud Pública de Harvard, Universidad de Harvard, Boston, Estados Unidos.

*Traducción aprobada por los autores:
26 de diciembre, 2014*

Declaraciones: TSK y FR se declaran responsables por las opiniones expresadas en este artículo, las que no representan necesariamente las opiniones, decisiones, o políticas de las instituciones a las que están afiliados. No existe ningún conflicto de interés. Citación sugerida: Monteiro de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, Malagón de Salazar L, Pastor Castell-Florit, et al. Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud, y desarrollo sostenible: estudios de casos en países latinoamericanos. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S53–61. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-monteiro.php>