



Serie


Determinantes sociales de la salud, la cobertura universal de salud, y el desarrollo sostenible: estudios de caso de países de América Latina

Prof. Luiz Odorico Monteiro de Andrade , PhD, Prof. Alberto Pellegrini Filho , PhD, Prof Orielle Solar , PhD, Félix Rigoli , MD, Prof. Ligia de Salazar Malagón , PhD, El profesor Pastor Castell-Florit Serrate , PhD, Kelen Gomes Ribeiro , MSc, Theadora Swift Koller , MSc, Fernanda Natasha Bravo Cruz , MSc, Prof Rifat Atun , FRCP  

Online desde: 15 de octubre 2014

 45

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

 Artículo de Información

[Resumen](#) [Texto Completo](#) [Tablas y Figuras](#) [Referencias](#) [Material Suplementario](#)

Resumen

Existen muchos factores determinantes intrínsecamente relacionados de la salud y la enfermedad, incluyendo el estatus social y económico, la educación, el empleo, la vivienda y exposiciones físicas y ambientales. Estos factores interactúan para afectar acumulativamente carga para la salud y la enfermedad de los individuos y las poblaciones, y establecer las inequidades en salud y disparidades entre los países y dentro. Modelos Biomédicas de la atención de salud disminuyen las consecuencias

Opciones del Artículo

[PDF \(450 kB\)](#)

[Descargar imágenes \(.ppt\)](#)

[Email artículo](#)

[Añadir a Mi Lista de Lectura](#)

[Exportar referencia](#)

[Crear Cita Alerta](#)

[Citado por en Scopus \(0\)](#)

[Solicitar permisos](#)

Serie relacionados



Cobertura Universal de Salud en América Latina

The Lancet

Publicado: 16 de octubre 2014

adversas de la enfermedad, pero no son suficientes para mejorar efectivamente la salud individual y de la población y la equidad en salud antelación. Determinantes sociales de la salud son especialmente importantes en los países de América Latina, que se caracterizan por legados coloniales adversos, tremenda injusticia social, enormes disparidades socioeconómicas y las inequidades en salud de ancho. La pobreza y la desigualdad empeoró sustancialmente en los años 1980, 1990 y principios de 2000 en estos países. Muchos países latinoamericanos han introducido políticas públicas que integran la salud, social, y las acciones económicas, y han tratado de desarrollar sistemas de salud que incorporan intervenciones multisectoriales en la introducción de la cobertura universal de salud para mejorar la salud y sus determinantes aguas arriba. Presentamos estudios de caso en cuatro países de América Latina para mostrar el diseño e implementación de programas de salud respaldados por la acción intersectorial y la participación social que han llegado a escala nacional para hacer frente de manera efectiva los determinantes sociales de la salud, mejorar la salud y reducir las inequidades en salud. La inversión en la capacidad de gestión y política, un fuerte compromiso político y de gestión, y los programas estatales, las acciones del gobierno no sólo por tiempo limitado, han sido cruciales en que se basa el éxito de estas políticas.

Este es el tercero de una **serie** de cuatro artículos sobre la cobertura universal de salud en América Latina

Introducción

Salte a la Sección ▼

Salud y enfermedad son establecidos por muchos factores, como la exposición ambiental, vivienda, educación y estatus social y económico.¹ Por lo tanto, la mejora de la salud de la población y la equidad sanitaria necesita la acción intersectorial y la participación social, que han sido introducidas por muchos países latinoamericanos.²

La salud es una dimensión importante y un trazador sensibles del desarrollo sostenible. Salud representa el efecto colectivo de condiciones de vida sociales, económicos y físicos. Una población sana permite un aumento de la productividad del trabajo y la rentabilidad económica a los hogares de 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 Determinantes Sociales de la Salud,¹ y la Declaración política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud⁵ han subrayado la importancia crucial de las políticas y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en la promoción de la equidad en salud. En 2012, la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas "El futuro que queremos", afirmó que "la Cobertura Universal de Salud es un instrumento clave para la salud mejora, la cohesión social y humano sostenible y el desarrollo económico".⁶ cobertura universal de salud contribuye al desarrollo social, económico, y aspectos ambientales del desarrollo sostenible, y su persecución que no deben limitarse a la atención de salud, y deben incluir la promoción de la salud de la población.⁶

La equidad es inherente como una meta de la cobertura universal de salud, ya que implica el acceso universal para todas las personas a los servicios de salud necesarios, de calidad suficiente a través de la continuidad de la atención, sin el riesgo de dificultades económicas como resultado del uso de estos servicios. Del mismo modo, siguiendo el desarrollo sostenible, la idea de la cobertura universal

The Lancet s nueva serie de Cobertura Universal de Salud (UHC) cartas de América Latina en las complejas fuerzas políticas, económicas y sociales que la formulación de políticas de salud forma. Un documento de Política de Salud adjunto examina la asociación entre la estructura de financiación de los sistemas de salud y UHC. En las últimas décadas, las políticas importantes e iniciativas estratégicas en la salud y el desarrollo han sido adoptadas por América Latina, con la participación activa y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS y otros asociados. América Latina es un laboratorio para estudiar la mecánica de aplicación de UHC.

[Leer más](#)

de salud se ha ampliado para cubrir la continuidad de la atención, incluida la promoción de la salud que se ocupa de los determinantes sociales de la salud.⁷

Mensajes clave

- El amplio contexto de la salud, incluidos los determinantes sociales, el progreso democrático y el desarrollo sostenible, están intrínsecamente relacionados. Dado que el cambio en un dominio afecta a los demás, la salud integral, social y acciones económicas son necesarias en el diseño de políticas públicas y de los sistemas de salud para lograr la salud y el bienestar equitativo.
- Los países de América Latina tienen una experiencia sustancial en la acción intersectorial de diverso alcance, intensidad, y los enfoques de gestión para mejorar los resultados de salud de la población. Así como las acciones limitadas en el tiempo del gobierno, la inversión en la capacidad de gestión y política, un fuerte compromiso político y de gestión, y los programas estatales han sido cruciales en el éxito apuntalamiento.
- Los países latinoamericanos han utilizado con eficacia la participación social con mecanismos deliberativos institucionalizados de participación (Brasil) y la acción intersectorial (Cuba), para mejorar la equidad. Sin embargo, los logros en salud de la población y los resultados sociales expresan como promedios de los países se esconden los inaceptablemente amplias y persistentes desigualdades sociales y de salud.
- Los retos de la salud de las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia, los accidentes de tráfico y consumo de drogas ilícitas sólo pueden cumplirse en América Latina con inversiones simultáneas en los sistemas de salud y acciones para abordar los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, la amplia concepción, el diseño y la implementación de la cobertura universal de la salud deben incorporar acciones dirigidas a abordar los determinantes sociales de la salud si la salud equitativa se ha de lograr para las generaciones presentes y futuras.

Inequidades estructurales que definen la jerarquía social en los países, también establecer diferentes necesidades de salud, recursos y capacidades para navegar los sistemas de salud.⁸ intervenciones del sector salud por sí solos no son suficientes para mejorar la salud de la población y el bienestar social. Se necesitan políticas y acciones de la economía, la educación, el transporte, la vivienda, la agricultura y otros sectores para mejorar los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, el sector de la salud tiene que actuar como un líder de catalizar acciones intersectoriales destinadas a abordar las disparidades en los determinantes sociales de la salud, mejorar la salud y reducir las inequidades en salud.

La injusticia social, la salud y las desigualdades económicas, y las disparidades en los determinantes sociales de la salud han sido durante mucho tiempo una característica distintiva de América Latina (panel 1) motivar acciones que han tratado de hacerles frente. Por lo tanto, las lecciones de los países latinoamericanos son especialmente relevantes para la agenda global de la cobertura universal de la salud y el desarrollo sostenible. Aquí, con estudios de caso en cuatro países de América Latina, evaluamos las experiencias en el diseño e implementación de los programas

sociales en escala nacional respaldados por la acción intersectorial y la participación social destinada a abordar los determinantes sociales de la salud, mejorar la salud y reducir las inequidades en salud. Atun y otros⁹ proporcionan un análisis detallado de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud y Cotlear y otros¹² dirección de los antecedentes históricos de las reformas de salud.

Grupo 1

Dominios de acciones intersectoriales

Dominio uno: alcance y objetivo

El primer dominio se refiere al diseño de la política intersectorial, su alcance, el programa, y su cobertura, por ejemplo, de destino, si toda la población se beneficia de el programa como un derecho fundamental o si un derecho se restringe a grupos específicos de la población. Esta distinción de general versus grupos objetivo es especialmente importante en el análisis de la equidad en América Latina debido a la reducción de la pobreza no necesariamente conduce a una reducción de las desigualdades sociales y de salud en los grupos de población. Por lo tanto, en el contexto de América Latina, la cobertura universal de salud y su realización progresiva debe enfatizar la equidad y la universalidad; acción intersectorial debe fortalecer los sistemas de salud para ampliar el acceso y abordar los determinantes sociales de la salud para mejorar las oportunidades de las poblaciones desfavorecidas a beneficiarse de las inversiones del sistema de salud.⁹

Dominio dos: organización de acciones intersectoriales

El segundo dominio se refiere a métodos de organización, gestión y financiación de las acciones intersectoriales, que definen su éxito y sostenibilidad. El análisis considera cómo se toman las decisiones, la intensidad de la acción intersectorial, cómo se hacen el seguimiento y la evaluación, y la capacidad y el conocimiento construido entre los interesados. Organización eficaz de la acción intersectorial necesita la participación a nivel local. La descentralización de la toma de decisiones, lo que trae los procesos de gestión más cerca del nivel local y comunitario (en el que todos los sectores tienen el poder y la libertad suficiente para la acción para abordar conjuntamente los problemas y encontrar soluciones) mejora el éxito del programa.¹⁰ La intensidad de la intersectorialidad se extiende desde el intercambio de información a la cooperación y la coordinación y la integración de las políticas y estrategias.

En nuestro análisis de la organización de la acción intersectorial, nos centramos en el papel de los servicios de nivel y de atención primaria de salud locales, que son muy importantes para reducir las inequidades en el acceso y la aplicación progresiva de la cobertura universal de salud. Además, se explora la intensidad de la intersectorialidad, los mecanismos de gestión y los métodos utilizados para hacer frente a los desafíos que enfrentan y para institucionalizar acciones.

Dominio tres: resultados

El tercer dominio se refiere a la cobertura y los resultados alcanzados por las políticas o programas intersectoriales, en particular para el éxito de la acción intersectorial en la reducción de las desigualdades sociales y de salud. El análisis en este ámbito pretende

mostrar cómo intersectorial acción contribuye a la reducción de las inequidades en salud, y afecta el acceso equitativo a los servicios, incluida la salud y las consecuencias financieras que resulten del uso del servicio. ¹¹

Las desigualdades sociales y de salud en América Latina

Salte a la Sección ▼

Países de América Latina se caracterizan por sus legados coloniales y las desigualdades socioeconómicas altas y persistentes con entre los más altos índices de Gini (una medida de la desigualdad de ingresos en un país) en el mundo. La pobreza y la desigualdad empeoró sustancialmente en la década de 1980 y la desigualdad aumentó hasta finales de 1990, cuando el índice de Gini promedio para América Latina llegó a más de 58. ¹³ Entre 1990 y 2004, la igualdad de ingresos continuó deteriorándose en muchos países de América Latina, pero mejoró en otros (figura 1). En 2004, América Latina tuvo el ingreso promedio más alto índice de Gini de 52 · 5, que fue de 8 puntos por encima de Asia, 18 puntos por encima de la Europa del Este y Asia Central, y 20 puntos más que los países de altos ingresos. ¹⁴ Sin embargo, a partir de 2005 , con el crecimiento económico y las políticas sociales destinadas a luchar contra la pobreza y las disparidades socioeconómicas, la igualdad de ingresos, como lo demuestran los índices de Gini, comenzado a mejorar (apéndice).

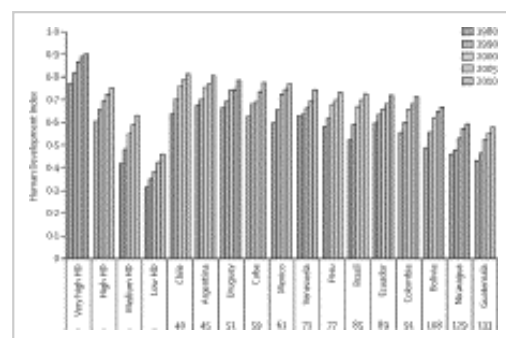


Figura 1

Índice de Desarrollo Humano de los países latinoamericanos en comparación con los países con muy alta, alta, media y bajos índices de desarrollo (1980-2010)

Índice de Desarrollo Humano es un índice compuesto que mide el progreso medio en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, conocimientos y un nivel de vida digno. Los datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo .

[Ver imagen grande](#) | [Ver Hi-Res imagen](#) | [Descargar PowerPoint Slide](#)

Entre 1980 y 2010, los países latinoamericanos lograron mejoras en los índices de desarrollo humano en relación con los niveles de mejora alcanzado en todo el mundo (figura 1). Sin embargo, sobre todo entre 2000 y 2010, las mejoras en el Índice de Desigualdad de Género han sido escasos, sobre todo si se compara con países como Noruega y Suecia, donde las desigualdades entre mujeres y hombres en relación con la salud reproductiva, empoderamiento y el mercado de trabajo son los más bajos el mundo (figura 2).

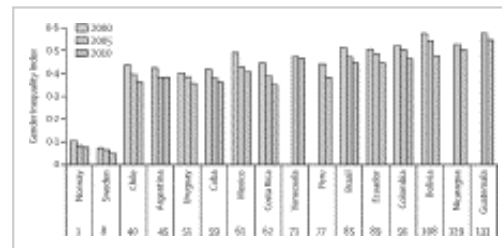


Figura 2

Índice de Desigualdad de Género

Índice de Desigualdad de Género es una medida compuesta que muestra la desigualdad en los logros entre hombres y mujeres en tres dimensiones: La salud reproductiva, empoderamiento y mercado de trabajo de Datos de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

[Ver imagen grande](#) | [Ver Hi-Res imagen](#) | [Descargar PowerPoint Slide](#)

Incluso en países como Brasil, que ha logrado enormes reducciones en la pobreza y la cobertura universal de salud introducido,⁹ desigualdades en el acceso a servicios de salud y los resultados de salud impulsados por los determinantes sociales de la salud siguen siendo un reto importante. Existen grandes diferencias entre los grupos socioeconómicos (medido por el nivel de instrucción) en el acceso a los servicios de atención prenatal, la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad de la diabetes, y la tasa de mortalidad de menores de 5 años por homicidio (apéndice).

A partir de la década de 1990, muchos países latinoamericanos introdujeron políticas redistributivas y las reformas del sector social para hacer frente a las grandes desigualdades y bajo rendimiento en relación con el desarrollo humano. Por la década de 2000, estas políticas han comenzado a ejercer un efecto positivo en el tratamiento de las desigualdades. Por ejemplo, entre 2000 y 2010, la desigualdad de ingresos, medida por el índice de Gini, se redujo en 12 de los 17 países de América Latina para los cuales se dispone de datos comparables (figura 3).^{15, 16} De manera similar, la desigualdad del ingreso laboral y las diferencias salariales entre los trabajadores han disminuido, en parte debido a las políticas gubernamentales implementadas en la mayoría de países de América Latina para aumentar el salario mínimo, aumentar el empleo formal, y ampliar las oportunidades para la educación básica y la cualificación. Además, los programas de transferencia de efectivo condicionadas han ayudado a mejorar los niveles de ingreso de las familias pobres, estimulado la asistencia escolar de los niños, y el aumento de la demanda de servicios de promoción y prevención de salud.^{9, 17} Sin embargo, a pesar de estas mejoras, en 2011, cerca de cuatro de cada diez trabajadores no tener cobertura de seguro de salud o una pensión, a diferencia de los trabajadores en el sector formal que tienen cobertura de seguro.¹⁸

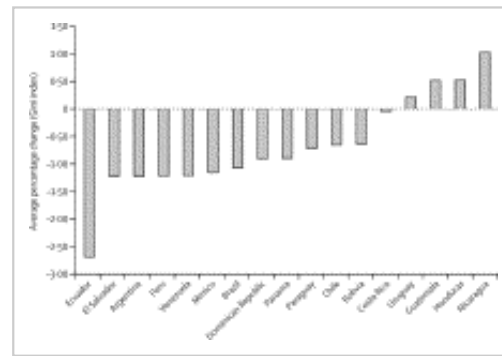


Figura 3

La disminución de la desigualdad del ingreso en América Latina, en países seleccionados, 2000-10

Calculado con datos del Banco Mundial (1990-2004), y el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (2005-10).

[Ver imagen grande](#) | [Ver Hi-Res imagen](#) | [Descargar PowerPoint Slide](#)

A partir de 1990 y especialmente en 2000 a 10, los niveles de salud de los países de América Latina mejoraron más rápidamente que las mejoras en los ingresos en comparación con otros países del mundo, como lo demuestran las mejoras relativas de los índices de ingresos y de salud (Figura 1 , Figura 4) .

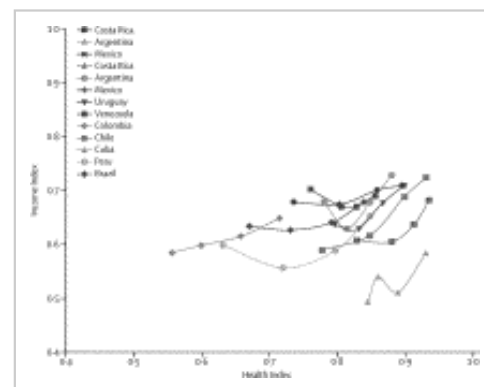


Figura 4

Índices de renta y de salud en países seleccionados de América Latina, 1980-2010

Índice de Salud se mide como la esperanza de vida al nacer expresa como un índice con un valor mínimo de 20 años y el valor máximo registrado durante 1980-2010. Índice de Ingresos se mide como el ingreso nacional bruto por persona (basado en 2,005 internacional paridad del poder adquisitivo en US \$, utilizando un logaritmo natural) expresa como un índice con un valor mínimo de \$ 100 y el valor máximo registrado durante 1980-2011. Los datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

[Ver imagen grande](#) | [Ver Hi-Res imagen](#) | [Descargar PowerPoint Slide](#)

Sin embargo, si bien el desarrollo económico y las políticas públicas que fomenten la equidad han reducido en parte las injusticias sociales, ³ importantes desigualdades sociales y de salud persisten en los países de América Latina enfrentan los crecientes desafíos de las enfermedades no transmisibles, la urbanización, los accidentes de tráfico, muertes violentas y el aumento ilícito

Utilizan los problemas de drogas arraigadas en los determinantes sociales de la salud. La rápida urbanización significa que la población urbana en América Latina se prevé que crezca de 394 millones en 2000, a 609 millones en 2030,¹⁹ lo que podría crear grandes necesidades insatisfechas de salud en las poblaciones.

Desde principios de la década de 1970, los investigadores de América Latina han explorado la salud y las desigualdades sociales como tema central de su investigación empírica y teórica para mostrar las complejas asociaciones entre la sociedad y la salud, y ha creado un importante cuerpo de conocimientos para informar a las políticas. Estos investigadores establecieron redes sólidas para debatir los determinantes sociales de la salud y promover acciones para abordarlos. También crearon el movimiento de la medicina social, la² que encabezó la lucha por la democracia durante las dictaduras militares, promueven los derechos de salud, y ayudaron a los sistemas de salud forma y reformas sociales en varios países latinoamericanos.⁹

La acción intersectorial y la participación social para abordar los determinantes sociales de la salud y lograr la atención sanitaria universal

Salte a la Sección ▼

La intersectorialidad es un proceso político, administrativo y técnico²⁰ que implica la negociación y la distribución del poder, los recursos y capacidades (técnicas e institucionales) entre los diferentes sectores. La acción intersectorial no sólo exige una visión de la sociedad o de una intención política del gobierno, sino también la capacidad de gestión, junto con los nuevos arreglos institucionales y de formación para directivos en los sectores de salud y otros para desarrollar la capacidad técnica apropiada.

La acción intersectorial, una vez considerado como una respuesta excepcional a eventos poco comunes, tales como brotes epidémicos, se utiliza cada vez más para hacer frente a nuevos retos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia, los accidentes de tráfico y consumo de drogas ilícitas. El aumento de la evidencia y la realización de la importancia de las acciones sociales para abordar los determinantes sociales de la salud han llevado a una transición de la coordinación de la información a la acción coordinada para hacer frente a los nuevos desafíos. Cada vez más, los países latinoamericanos se han enfrentado a la acción intersectorial dilema una transición de un enfoque en el que cada sector trabaja por sí mismo, a una espiral progresiva de la acción intersectorial, con la coordinación de la información entre los diferentes sectores y las actividades de desarrollo en la programación intersectorial con la identificación de problemas integrada diseño y aplicación de políticas.²¹ La intensidad de la intersectorialidad abarca desde la información a la cooperación en el que el foco de acción es en la intervención de las enfermedades, a la cooperación y coordinación en el que la atención se centra en la prevención y promoción de la salud, y para la integración de las políticas y estrategias para lograr salud en todas las políticas en las que la atención se centra en las intervenciones dirigidas a abordar los determinantes sociales de la salud.²⁰ El grado en que un tipo particular de enfoque intersectorial contribuye a la reducción de las desigualdades sociales y de salud sigue siendo una cuestión central.

Reuniones de coordinación y de gabinete intersectorial sobre los determinantes sociales^{de 15} son ahora una característica regular de las actividades del gobierno en varios países como Brasil y Chile,

que han creado ministerios centrados en problemas específicos (por ejemplo, para el desarrollo social, el desarrollo urbano, la igualdad de género y la reducción de la pobreza). Existen nuevas iniciativas presidenciales también, como los de México, para hacer frente a las emergencias sociales como las drogas y la violencia a través de la acción intersectorial. Estas nuevas estructuras de gobierno han cuestionado la organización unisectorial tradicional del Estado, y la necesidad de nuevos enfoques para la distribución del poder y de las responsabilidades, en particular la participación de las autoridades locales y las organizaciones de la sociedad civil de las asociaciones, la movilización social y la toma de decisiones. Los nuevos mecanismos de gobernanza exigen respuestas más flexibles de los gobiernos centrales. Como la acción intersectorial y la participación social se incrustan en los nuevos mecanismos de gobernanza, la pérdida de autonomía y el poder de cada actor se ve compensado por las ganancias en eficacia al abordar situaciones complejas.

En nuestro análisis de las acciones intersectoriales en los estudios de caso, consideramos tres ámbitos: ámbito de aplicación y objetivo, la organización de la acción intersectorial, y los resultados, sobre todo en la ampliación de la cobertura y la reducción de las inequidades en salud (del panel 1).

La participación social

Salte a la Sección ▼

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ²² identifica los enfoques participativos como un componente crucial de un sistema de salud para hacer frente a las desigualdades en salud respaldados por "... las disposiciones y prácticas que involucran grupos de población y las organizaciones de la sociedad civil, en particular las organizaciones que trabajan con los grupos socialmente desfavorecidos y marginados de la organización , en las decisiones y acciones que identifican, dirección y asignan recursos a las necesidades de salud ".

En el contexto de las reformas de cobertura universal de salud, la participación social (especialmente de las poblaciones marginadas) es un mecanismo importante para reunir pruebas de los determinantes sociales de la salud y las causas de las desigualdades que establecen el acceso a los servicios y la cobertura-por ejemplo, efectivo, a través de enfoques de vigilancia de la comunidad . La participación social también proporciona los medios para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y los factores que afectan el acceso a los servicios de salud a través de la movilización comunitaria y el fortalecimiento adecuado de los sistemas de salud.

La participación social tiene un valor intrínseco, como un derecho de los ciudadanos a participar en las decisiones que les afectan, y un importante valor instrumental, ya que la participación de las comunidades y grupos de la sociedad civil en el desarrollo, implementación y evaluación de las políticas públicas es una parte necesaria de la transparencia y un gobierno responsable en las democracias. La participación social es fundamental para la movilización de apoyo político a las políticas destinadas a abordar las disparidades en los determinantes sociales, la lucha contra las desigualdades en salud, y para el sostenimiento de los cambios introducidos por la redistribución del poder y los recursos, ²³ como se muestra en Brasil, donde la participación social es una parte integral de la salud la gobernanza del sistema (apéndice). El éxito de estas políticas depende de una amplia movilización social y un amplio reconocimiento de la gravedad de las inequidades en salud y la urgente necesidad de luchar contra ellos. ^{24, 25}

La participación social fortalece la democracia porque las instituciones y tomadores de decisiones

tienen en cuenta las opiniones de los ciudadanos sobre el cambio o el mantenimiento de la estructura y los valores de una sociedad en relación con un sistema político y sus políticas.²⁶ Por ejemplo, en Cuba y Venezuela, que tienen regímenes socialistas, se fomenta la participación social en el desarrollo de las políticas públicas. En otros países de América Latina, entre ellos muchos que lucharon duro para librar a las dictaduras militares, regímenes políticos basados en un modelo representativo de la democracia están en vigor, la creación de un entorno propicio a la participación, directa^{26,27} como se discute en detalle por Atun y colegas⁹ y Cotlear y colegas.¹²

Factores que impiden la participación social son una combinación de pragmatismo a corto plazo; el predominio de una concepción burocrática y tecnocrática de las políticas públicas, una subestimación de conocimiento de la comunidad y la capacidad, y la resistencia a la distribución del poder.²⁸ Para trascender estos obstáculos a la participación social, hay una necesidad de una estrecha relación entre los gobiernos y las poblaciones de la proceso de formulación de políticas, la institucionalización de mecanismos de participación, la capacitación de los actores públicos y comunidades, fortalecimiento de organizaciones comunitarias, el diseño de estrategias de comunicación coherentes, difusión de información, y el aumento de los esfuerzos de investigación para comprender y promover los procesos participativos. En conclusión, la participación debe ser puesta en práctica debido a que una condición necesaria para reforzar la participación es la experiencia de su participación.

La mayoría de los países latinoamericanos han establecido mecanismos institucionales (similares a los defensores del pueblo públicos, generalmente llamados *defensorías del pueblo* en español o *ouvidorias* en portugués) para escuchar y demandas de direcciones de los ciudadanos de los servicios de salud públicos. Además, los países de América Latina tienen la experiencia de la participación social de los problemas del sector público o específicamente para la salud basada en estructuras asociativas comunitarias, como los consejos municipales de salud, en el ámbito municipal. Estas estructuras participativas se extienden más allá del sexo, la raza y la etnia grupos para incluir los movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil. Otras experiencias incluyen las asociaciones de pacientes que normalmente operan a nivel nacional como actores políticos en un diálogo regular con los gobiernos.

Los programas intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud en los países de América Latina

Salte a la Sección ▼

Exploramos programas intersectoriales implementados en Brasil, Chile, Colombia y Cuba a través de los tres ámbitos de análisis. Estos programas, aunque diverso en cuanto a las poblaciones objetivo, las actividades y la cobertura, comparten el objetivo común de reducción de las inequidades en salud a través de acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales de la salud. Además de las contribuciones a los objetivos del sistema de salud de un mejor nivel y la distribución de la salud, la protección financiera y la satisfacción del usuario, estos programas también contribuyen a los objetivos de desarrollo sostenible avanzaron simultáneamente por otros sectores.

Brasil: *Bolsa Família*

El programa de transferencia condicional de efectivo *Bolsa Família* (beca familia) se estableció en 2003 para garantizar el acceso a los derechos sociales para la atención médica a los proveedores de

los derechos sociales para el cuidado de la salud, ampliando así el acceso a la salud y educación para las familias en situación de pobreza y extrema pobreza, y para reducir la pobreza y las desigualdades de renta. El programa unificó varios programas existentes (Grant School, Alimentación Grant, Tarjeta de Alimentación y Gas Grant) y en 2011 pasó a formar parte de la estrategia gubernamental más amplia *del Plan Brasil Sin Miseria* (Plan Brasil sin Miseria) para elevar los ingresos de la población y el bienestar.

El Plan Brasil sin Miseria dirige a los hogares brasileños con por persona ingresos de menos de R \$ 70 (US \$ 30). El programa tiene tres ejes: la inclusión productiva (acciones que crean empleo y generación de ingresos de oportunidades para los ciudadanos pobres de las zonas rurales y urbanas, incluido el acceso a los medios de producción, asistencia técnica para mejorar la capacidad de producción y el acceso a los mercados para los alimentos); segundo, el acceso a los servicios públicos (educación, salud, bienestar y seguridad alimentaria); y transferencias tercero, de ingresos, que incluye la provisión de continuidad en la prestación de beneficios, y el programa Bolsa Familia (apéndice).

El programa Bolsa Familia en Brasil es ampliamente considerado como un éxito. Se ha sacado a millones de personas de la pobreza, las personas admitidas con la mayor necesidad insatisfecha para acceder a los servicios de salud, y ha contribuido a la realización progresiva de la cobertura universal de salud.^{29, 30} Además de ampliar la red de protección social y financiera, Bolsa Familia tiene contribuido a mejorar los indicadores de salud de la población beneficiaria. Entre 2002 y 2011, el porcentaje de mujeres embarazadas (en la población objetivo) que asisten a siete o más consultas prenatales aumentó de 49% a 1 · 61 · 8%.³¹ La acción intersectorial a través de la Bolsa Familia también ha contribuido a mejorar la salud y la acción sobre determinantes sociales. Integración de las políticas de salud y educación en Bolsa Familia amplió el acceso de los grupos más pobres en Brasil y en 2003-13, contribuyó a un aumento sustancial de la inmunización y la reducción de la desnutrición infantil, y en 2004-09 a la reducción de la mortalidad de menores de 5.^{9, 32, 33}

Chile: *Chile Crece Contigo*

Chile Crece Contigo (Chile Crece Contigo) es un sistema de protección para el desarrollo de la primera infancia, con la misión de vigilar, proteger y defender los derechos de todos los niños y sus familias a través de programas y servicios, que permiten un apoyo especial para los más pobres hogares que dan cuenta de las familias más vulnerables³⁴ (apéndice). El sistema, que comenzó en 2006 durante el gobierno del presidente Michele Bachelet (la primera mujer Presidenta de Chile) continúa. La evidencia hasta ahora sugiere que los efectos positivos en la reducción de la pobreza infantil y aumentar el acceso a las oportunidades y la salud educativos.³⁵

Chile Crece Contigo contribuye a la realización progresiva de la cobertura universal de salud, proporcionando una plataforma universal para apoyar el desarrollo de la primera infancia para todos los niños en edad preescolar menores de 5 años y para todas las mujeres embarazadas, e incluye medidas proporcionales a las mayores necesidades de las poblaciones más vulnerables. Esta combinación de universal y el apoyo específico a las familias con niños, con enlaces a otros programas sociales para las poblaciones más desfavorecidas, está diseñado para reforzar las medidas encaminadas a la consecución de los indicadores de cobertura de salud universal,

mejorado los resultados de salud y la mejora de los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, en relación a la educación, el empleo) en relación con los objetivos de desarrollo sostenible.

Colombia: *De cero a Siempre*

De Cero a Siempre (Desde el nacimiento hasta siempre) es la Estrategia Nacional para la Atención Integral de la Primera Infancia en Colombia. Lanzado por la Presidencia de Colombia a principios de 2011, la estrategia apunta a unificar los esfuerzos de los sectores público y privado, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional para mejorar la experiencia y los resultados de la primera infancia en Colombia (apéndice).³⁶

La estrategia³⁶ se basa en un programa anterior, *Hogares Comunitarios de Bienestar Social*, un programa de vivero comunitario que proporciona la nutrición y el cuidado de los niños para los niños de hogares pobres. Entre los beneficiarios, el programa dio lugar a mejoras en el estado nutricional y el empleo de las mujeres de los niños.³⁷ Ofrece información importante sobre la acción intersectorial en el trabajo hacia la cobertura universal de salud. De especial importancia es el papel del sector de la educación, que tiene la ventaja de la coordinación de la estrategia, y sin embargo, la estrategia es una plataforma para mejorar la cobertura y calidad de la atención de salud. Del mismo modo, la estrategia se centra en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, incluso a través de enfoques participativos de movilización y sociales, con las autoridades locales a jugar un papel importante en el apoyo al progreso hacia la cobertura universal de salud y los objetivos de desarrollo sostenible más amplios.

El objetivo de la estrategia, que combina ambas intervenciones universales y focalizados, es garantizar los derechos a la atención integral de 2 · 9 millones de niños vulnerables de las poblaciones más pobres, priorizando las poblaciones en situación de pobreza extrema, a través de la coordinación nacional de la educación, la cultura, la planificación, la salud y los sectores de protección social a nivel nacional y local. La estrategia también apunta a lograr el 100% de cobertura de la población de hasta e incluyendo 5 años, aproximadamente 4 millones de niños.³⁵

Cuba: Programa de prevención del dengue y erradicación de *Aedes aegypti*

Programa de prevención del dengue en Cuba y Erradicación del *Aedes aegypti* es un conjunto integral de intervenciones intersectoriales destinadas a la eliminación y el control de *Aedes aegypti* mosquitos (y otros vectores) a través del saneamiento ambiental, la higiene, y las acciones de hogares colectivos³⁸ (apéndice).

Respaldado por la legislación, el programa incluye el gobierno local, el Ministerio de Salud Pública, asociaciones comunitarias, los médicos de familia, gestión de recursos hídricos, la brigada anti-mosquitos, y varias organizaciones de la sociedad civil. El programa ha dado lugar a una reducción de las infecciones de dengue y mejora de la gestión ambiental para el control de vectores.^{39, 40, 41, 42}

Tierra del Programa de Prevención del Dengue en el nivel de la atención primaria de la salud, con el liderazgo de la aplicación proporcionada por los gobiernos provinciales y municipales y los enfoques participativos para crear nivel local necesita evaluaciones y planes de acción, ofrece importantes

lecciones para la acción intersectorial para la cobertura universal de salud, y el desarrollo sostenible. Además, al igual que con los otros estudios de caso, la experiencia de Cuba destaca la importancia de la inversión en promoción de la salud y prevención de enfermedades como componentes integrales de la cobertura universal de salud.

La acción intersectorial y la participación social para abordar los determinantes sociales de la salud y avanzar hacia la cobertura universal de salud: lecciones aprendidas de América Latina

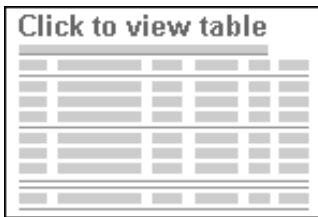
Las experiencias de los cuatro países de América Latina destacan los desafíos que enfrentan al abordar las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud. Estos desafíos no sólo tienen sus raíces en las desigualdades sociales inherentes, sino también en la organización institucional de los sectores gubernamentales que fomentan la acción unisectorial y dificultan la multisectorialidad.

Los casos de países y las políticas que miramos dan una idea de la forma en que integran las acciones intersectoriales se desarrollan e implementan. Los estudios de caso de cuatro países muestran cómo se acerca a la cobertura universal de salud y los determinantes sociales de la salud, apoyado en la intersectorialidad y la participación social, se puede utilizar en una variedad de situaciones. Por ejemplo, el control de las enfermedades transmisibles (Cuba), la mejora de la experiencia y los resultados de desarrollo en la primera infancia (Chile y Colombia), y las transferencias condicionadas de efectivo destinadas a garantizar los derechos a la salud ya la educación y la mitigación de la pobreza (Brasil). Sin embargo, los casos de países también muestran que, si bien existe una cooperación y una coordinación real entre los diferentes sectores, en la práctica, la integración real de las políticas y la programación con diseño conjunto, programación, ejecución y evaluación es un reto.

En los cuatro países estudiados, las políticas intersectoriales integradas y acciones dirigidas a abordar los determinantes sociales de la salud y las reformas para la realización progresiva de la cobertura universal de salud se han visto obstaculizados por limitaciones institucionales y de gestión, como los objetivos específicos de rendimiento departamento presupuestos rígida y limitada capacidad para poner en práctica proyectos y cambios complejos. Para superar estas limitaciones, capacidades deben desarrollarse en cuatro áreas: la intersectorialidad, participación social, refuerzo del papel del sector de la salud, y la vigilancia de las inequidades en salud (tabla). Estas capacidades tienen que estar basadas en el desarrollo institucional, el establecimiento de métodos de gestión y mecanismos y capacitación de recursos humanos.

Mesa

Desarrollo de capacidades para la cobertura universal de salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud



La escasez de datos recopilados sistemáticamente robustos y evaluaciones bien diseñadas en relación con los programas estudiados en los estudios de caso también sugieren la necesidad de fortalecer los sistemas de información de salud para proporcionar datos desglosados por grupos socioeconómicos para el seguimiento de las inequidades en salud y para estudiar el efecto de las intervenciones en el blanco poblaciones.

Las experiencias de los cuatro países latinoamericanos ofrecen lecciones y conocimientos con otros países sobre la importancia de la intersectorialidad y la participación social para abordar simultáneamente los determinantes sociales de la salud en el desarrollo de políticas para la cobertura universal de la salud y el desarrollo sostenible (panel 2).

Grupo 2

El logro de la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y cobertura universal de salud

- Combine la demanda del otro (por ejemplo, las transferencias en efectivo o apoyo financiero) y las intervenciones relacionadas con la oferta (servicios)
- Participar liderazgo a nivel local para la acción intersectorial y desarrollar el aprendizaje y la creación de capacidad sostenible para abordar los determinantes sociales de la salud
- Mejorar la inversión en promoción y prevención medidas rentables a través de la atención primaria de la salud que aborden los determinantes sociales de la salud hacia la realización progresiva de la cobertura universal de salud
- Participación de la comunidad Apoyo, en particular de las poblaciones más desfavorecidas ya través de mecanismos formales, en los esfuerzos hacia la cobertura universal de la salud y el desarrollo sostenible
- Utilice vigilancia de datos y nivel de la comunidad desglosados para recopilar información sobre las desigualdades sociales y de salud, en combinación con el monitoreo sistemático, evaluación y difusión de información relevante para los usuarios y los responsables políticos para informar las políticas, la planificación, la asignación de recursos, y en la práctica
- Combinar medidas específicas para las poblaciones más desfavorecidas, con enfoques universales para mejorar la cobertura, por lo que las reformas tendientes a impulsar la cobertura universal de la salud y el desarrollo sostenible son orientada a la equidad en la naturaleza, sino también asegurar que todos los grupos de población se benefician de los avances
- Integrar la planificación, presupuestación, ejecución y seguimiento de las actividades entre

los sectores en apoyo de la cobertura universal de la salud y el desarrollo sostenible, con el sector salud juega tanto por parte de un líder y un socio en las iniciativas de otros sectores

- Crear entornos legales y de políticas favorables en todos los sectores de la acción sobre los determinantes sociales de la salud, la cobertura universal de salud, y el desarrollo sostenible

La próxima década debe proporcionar la oportunidad de mostrar cómo una nueva generación de políticas sociales, haciendo hincapié en los determinantes sociales y la cobertura universal de salud, puede crear una mejor combinación de las prioridades y las inversiones en los países latinoamericanos. La definición más amplia de los derechos sociales (incluido el derecho a la salud) en las últimas dos décadas significa que las políticas sociales sin un camino hacia la cobertura universal de salud no serán aceptables. Sin embargo, tendrán que ser abordados, si la cobertura universal de salud se quiere lograr y sostenido en los países de América Latina persisten inequidades sociales, el cambio de perfil epidemiológico y los ciudadanos 'demandas de derechos. Como las sociedades latinoamericanas prosperar, vivir más tiempo, y se hacen más iguales, la demanda de los ciudadanos para mejorar el acceso a la atención médica de calidad aumentará. Una pregunta que queda es cómo se aprovecharán estas tendencias democráticas y económicas positivas para el desarrollo sostenible y equitativo.

Hay una ventana de oportunidad para los países de América Latina para compartir activamente en todo el mundo sus experiencias únicas en la acción intersectorial y la participación social para abordar los determinantes sociales de la salud y lograr la cobertura universal de salud, sino también para aprender de los países que han tenido éxito en el tratamiento de los determinantes sociales de crecer con más justicia social y hacer menos daño a las poblaciones futuras. Los países de América Latina pueden aprender mejores maneras de coordinar acciones entre los determinantes sociales, biológicos y ambientales de la salud, y construir sistemas de salud con mayor énfasis en la atención primaria de salud para mostrar cómo los gobiernos pueden orientar sus acciones para mejorar la salud, el bienestar y la prosperidad para todos , y no sólo un grupo selecto.

Para la **fuentes de datos para** la figura 3 ver <https://data.undp.org/dataset/Income-Ginicoefficient/36ku-rvrj>

Para la **fuentes de datos para** la figura 4 ver <http://hdr.undp.org>

Declaración de intereses

TSK y FR son responsables de las opiniones expresadas en este artículo y que no necesariamente representan las opiniones, decisiones o políticas de la institución a la cual están afiliados. Declaramos intereses en conflicto.

Material Suplementario

Salte a la Sección ▼

Título	Descripción	Tipo	Tamaño
--------	-------------	------	--------

Referencias

[Salte a la Sección](#)

1 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud . Organización Mundial de la Salud , ; 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf . ((consultado el 21 de diciembre 2013).)

[Ver el artículo](#)

2 Horton, R. Desconectado: Cuatro principios de la medicina social. *Lancet* . 2013 ; **382** : 192

[Ver el artículo](#) | [Resumen](#) | [Texto Completo](#) | [Texto completo PDF](#) | [Scopus \(1\)](#)

3 Bloom, DE y Canning, D. foro de políticas: la salud pública. La salud y la riqueza de las naciones. *Ciencia* . 2000 ; **287** : 1207-1209

[Ver el artículo](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [Scopus \(192\)](#)

4 OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud . Organización Mundial de la Salud , Kazajstán, URSS ; 1978

[Ver el artículo](#)

5 de la OMS. Declaración política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil, 19 a 21 octubre 2011 . Organización Mundial de la Salud , Ginebra , 2011

[Ver el artículo](#)

6 Naciones Unidas. resolución de la ONU. A / Res / 66/288. El futuro que queremos. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=E . ((consultado el 20 de diciembre 2013).)

[Ver el artículo](#)

7 Tanahashi, T. La cobertura de salud de servicios y su evaluación. *Bull World Health Organ* . 1978 ; **56** : 295-303

[Ver el artículo](#) | [PubMed](#)

8 Frenz P, la cobertura de salud Vega J. universal con equidad: lo que sabemos, no sabemos y necesitamos saber. Primero Symposium Mundial sobre Sistemas de Investigación en Salud; Montreux, Suiza; 16 a 19 noviembre 2010.

[Ver el artículo](#)

9 Atun, R, Monteiro de Andrade, Braga, J et al. la reforma del sistema de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *Lancet* . 2014 ; (publicado en línea el 16 de octubre.) [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9) .

[Ver el artículo](#)

10 Castell-Florit, P. La práctica social intersectorial . Ciencias Médicas , La Habana , 2007 ((en español).)

[Ver el artículo](#)

11 en: OMS, E Blas, AS Kurup (Eds.) La equidad, determinantes sociales y programas de salud pública. 2010 . Organización Mundial de la Salud , Ginebra , 2010

[Ver el artículo](#)

12 Cotlear, D, Gómez-Dantés, O, Knaul, FM et al. Superar la segregación social en salud en América Latina. *Lancet* . 2014 ; (publicado en línea el 16 de octubre.) [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0) .

Ver el artículo

13 Gasparini, L, Cruces, G y Tornarolli, L. Tendencias recientes en la desigualdad del ingreso en América Latina. <http://www.ecineq.org/milano/WP/ECINEQ2009-132.pdf> ; septiembre, 2009 (. (consultado 01 de octubre 2014).)

Ver el artículo

14 Gasparini, L y Lustig, N. El ascenso y la caída de la desigualdad del ingreso en América Latina. ECINEQ serie de trabajos de 2011-13. <http://www.ecineq.org/milano/wp/ecineq2011-213.pdf> . ((consultado el 21 de diciembre 2013).)

Ver el artículo

15 Lustig, N, López-Calva, LF, y Ortiz-Juárez, E. La disminución de la desigualdad en América Latina en la década de 2000: el caso de Argentina, Brasil y México. El Banco Mundial, América Latina y el Caribe. Pobreza, Equidad y Género 2012 . ((consultado el 21 de diciembre 2013).)

Ver el artículo

16 Pellegrinni, A. Disminución de la desigualdad de ingresos en América Latina en la década de 2000. <http://dssbr.org/site/?p=11973&preview=true> ; 22 de noviembre 2012 . ((consultado el 21 de diciembre 2013; en portugués).)

Ver el artículo

17 Cecchini, S y Veras-Soares, F. transferencias condicionales de efectivo y la salud en América Latina. *Lancet* . 2014 ; (publicado en línea el 16 de octubre.) [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61279-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61279-4) .

Ver el artículo | PubMed

18 Bértola, L y Gerchunoff, P. Instituciones y desarrollo económico en América Latina. Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL). http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/44960/Institucionalidad_y_desarrollo_final.pdf ; 2011 . ((consultado el 22 de diciembre 2013, en español).)

Ver el artículo

19 de las Naciones Unidas. América Latina, la urbanización, la pobreza y el desarrollo humano. <http://www.unic.org.ar/prensa/archivos/urbanizaciondatoslatam.pdf> . ((consultado el 22 de diciembre 2013, en español).)

Ver el artículo

20 Solar, O, San Valentín, N, Arroz, M, y Albrecht, D. La intersectorialidad en salud. Séptima conferencia mundial sobre promoción de la salud. Promover la salud y el desarrollo: el cierre de la brecha de implementación; Nairobi, Kenia; 26-30 octubre 2009. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track4_Inner.pdf . ((consultado el 21 de diciembre 2013).)

Ver el artículo

21 Andrade,. LOM Salud y el dilema colaboración intersectorial. Tesis doctoral. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376076> ; 30 de agosto 2004 (. (consultado el 10 de septiembre 2014; en portugués).)

Ver el artículo

22 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). inequidades Desafiando a través de

los sistemas de salud. Informe final de la Red de conocimientos sobre los sistemas de salud a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud . Organización Mundial de la Salud , Ginebra , 2007

Ver el artículo

23 . OMS Cerrando la brecha: la política en práctica sobre los determinantes sociales de la salud: documento de debate de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, Brasil, 2011 . Organización Mundial de la Salud , Ginebra , 2011

Ver el artículo

24 Pellegrini, A y Rovere, M. La participación social en la definición y ejecución de políticas públicas . Portal DSS Brasil , Río de (consultado el 05 de abril 2013).)

Ver el artículo

25 Sorj, B. Con la construcción de la sociedad civil en América Latina. en: B Sorj (Ed.) Usos, Abusos e desafíos da sociedade civil, na América Latina . Paz e Terra , São Paulo ; 2010 : 7-15 (en portugués) .)

Ver el artículo

26 Ramos, G. La participación social en el campo de la salud. Revista Cubana Salud Pública 2004. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es . (consultado el 21 de diciembre 2013, en español).)

Ver el artículo

27 Salles, R y Casilla, D. La participación social en salud: un reto participativa en Venezuela. *Cuestiones Políticas* . 2012 ; **28** : 141-156 (en español).)

Ver el artículo

28 Kliksberg, B. Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implementación de políticas públicas para combatir las desigualdades en (consultado el 12 de abril 2013, en portugués).)

Ver el artículo

29 Guanais, FC. Los efectos combinados de la expansión de la atención primaria de salud y las transferencias condicionadas de efectivo sobre la mortalidad infantil en Brasil, 1998-2010. *Am J Public Health* . 2013 ; **103** : 2000-2006

Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (5)

30 Shei, A. programa de transferencias condicionadas de Brasil asociado con descensos de las tasas de mortalidad infantil. *Salud Aff (Millwood)* . 2013 ; **32** : 1274-1281

Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (1)

31 Brasil Ministerio de Salud. Departamento de Vigilancia de la salud: sistema de información sobre nacidos vivos. Los indicadores de datos básicos 2012. Rede Interagencial de Informação párr una Saúde. <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f06.def> . (consultado el 19 de diciembre 2013; en portugués).)

Ver el artículo

32 Brasil Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia de información sobre nacidos vivos y la mortalidad sistema de información del sistema de salud. Los indicadores de datos básicos 2012. Rede Interagencial de Informação párr una Saúde. <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c16b.htm> . (consultado el 21 de diciembre 2013; en portugués).)

Ver el artículo

33 Rasella, D, Aquino, R, Santos, CA, Paes-Sousa, R, y Barreto, ML. Efecto de un programa de transferencia condicional de dinero en la mortalidad infantil: un análisis a nivel nacional de los municipios brasileños. *Lancet* . 2013 ; **382** : 57- 64

[Ver el artículo](#) | [Resumen](#) | [Texto Completo](#) | [Texto completo PDF](#) | [PubMed](#) | [Scopus](#) (23)

34 Gobierno de Chile. Chile Crece Secretaría Ejecutiva del Departamento de Promoción de la Salud y Ciudadanía MINSAL, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Salud. 2010 Directrices para la promoción del desarrollo del niño en la gestión local. Los niños en el centro de su (visitada 21 de diciembre 2013.)

[Ver el artículo](#)

35 EKOS consultores. Evaluación de la utilización e identificación de nudos críticos y mejoras en la protección de la infancia registro del sistema, derivación y seguimiento subsistema Chile Crece Contigo. Informe final. <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/> ; 2013 . (consultado el 21 de diciembre 2013, en español.)

[Ver el artículo](#)

36 Gobierno de Colombia. Cero a Siempre. Estrategia Nacional para la atención integral a la primera infancia. <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx> . (consultado el 22 de diciembre 2013, en español.)

[Ver el artículo](#)

37 Attanasio, OP. Vera-Hernández M. nutrición y cuidado de los niños opciones. Evaluación de un programa de vivero comunitario en las zonas rurales 2004 . (consultado el 07 de julio 2014.)

[Ver el artículo](#)

38 Díaz, C, Torres, Y, Cruz, AM et al. Una estrategia de participación intersectorial en Cuba mediante un enfoque ecosistémico para prevenir la transmisión del dengue a nivel local. *Cad Saude Publica* . 2009 ; **25** : S59-S70 (en español.)

[Ver el artículo](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#)

39 Noriega, V, Ramos, I, Couterejuzón, L, Martín, L, Mirabal, M y Díaz, G. estatus de organización de los grupos de control de vectores en La Habana. *Revista Cubana de Salud Pública* . 2009 ; **35** : 1-16 ((en español.)

[Ver el artículo](#)

40 Guzmán, MG, Halstead, SB, Artsob, H et al. Caracterización final y lecciones de la epidemia de dengue 3 en Cuba, 2001-2002. *Rev Panam Salud Publica* . 2006 ; **19** : 20-35 (en español) .)

[Ver el artículo](#)

41 Castell-Florit, P. Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba . *Ciencias Médicas* , La Habana , 2009 (. en español)

[Ver el artículo](#)

42 Sánchez, L, Pérez, D, Pérez, T et al. La coordinación intersectorial en el control de *Aedes aegypti*. Un proyecto piloto en Ciudad de La Habana, Cuba. *Trop Med Int Salud* . 2005 ; **10** : 82-91

[Ver el artículo](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [Scopus](#) (38)

[The Lancet](#)

[The Lancet Diabetes y Endocrinología](#)

[The Lancet Mundial de la Salud](#)

[The Lancet Infectious Diseases](#)

[The Lancet Neurology](#)

[EBioMedicine](#)

[The Lancet Hematología](#)

[The Lancet VIH](#)

[The Lancet Oncology](#)

[The Lancet Psiquiatría](#)

[La Medicina Respiratoria Lancet](#)

[Sobre Nosotros](#)

[Información para los autores](#)

[Información para los lectores](#)

[Las Carreras Lancet](#)

[Servicio Al Cliente](#)

[Contáctenos](#)

[Política De Privacidad](#)

[Términos y Condiciones](#)

[Su cuenta](#)

[Opciones de suscripción](#)

[Los suscriptores de impresión existente](#)

Copyright © 2015 Elsevier Limited excepto determinados contenidos facilitados por terceros.

El Lancet® es una marca registrada de Reed Elsevier Properties SA, utilizada bajo licencia.

La página web Lancet.com es operado por Elsevier Inc. El contenido de este sitio está destinado a profesionales de la salud.

Las cookies son establecidas por este sitio. Para rechazar ellos o conocer más, visite nuestra página de cookies .