

América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas

Latin-American public policy regarding social determinants of health

Jorge A. García-Ramírez y Consuelo Vélez-Álvarez

Grupo de investigación de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. jorge.garcia@ucaldas.edu.co; consuelo.velez@ucaldas.edu.co

Recibido 8 Marzo 2013/Enviado para Modificación 19 Abril 2013/Aceptado 11 Mayo 2013

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue identificar las políticas públicas que se han desarrollado en los países latinoamericanos frente a la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud. Para esto se realizó una revisión temática de artículos científicos a partir de bases de datos y de documentos oficiales de organismos multilaterales y de los Ministerios de Salud de los 22 países latinoamericanos. Se hace un recuento del concepto e historia de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud y del trabajo desarrollado en el ámbito mundial en regiones como Europa, así como en Latinoamérica. Posteriormente se describen como ejemplos los casos de ocho países (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Venezuela) y las políticas públicas desarrolladas en el área de estudio. Se concluye que en Latinoamérica hay un panorama desigual de aplicación de políticas de abordaje hacia los determinantes sociales de la salud así como una intervención segmentada principalmente hacia los determinantes intermedios de la salud, sin tener en cuenta la intervención integral desde diferentes puntos de entrada, según el marco conceptual.

Palabras Clave: América Latina, desigualdades en la salud, política de salud, salud pública, justicia social (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

The study was aimed at identifying Latin-American countries' public policy which has been related to the social determinants of health. A topic review was thus made of papers kept in the 22 Latin-American countries' databases and official documents issued by their multilateral organisations and ministries of health. The World Health Organization's concept of the social determinants of health has been summarised

and a history given of the pertinent work developed worldwide in regions such as Europe and Latin-America. Public policy regarding the field of study in Argentina, Brazil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, México and Venezuela has been described. It was concluded that Latin-America provides a panorama of inequality regarding the application of policy concerning the social determinants of health and that there was segmented intervention, mainly regarding intermediate determinants of health, without taking an integrated approach from different entrance points into account, according to the stated conceptual framework.

Key Words: Latin-America, healthcare disparity, health policy, public health, social justice (*source: MeSH, NLM*).

El goce del grado máximo de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este es influenciado por factores como la desigualdad social en salud que se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos (1).

Dicho concepto exige pasar de un modelo biomédico en salud a uno que tenga en cuenta estas desigualdades y el trabajo integral en ellas, perspectiva que retoma los determinantes sociales de la salud (DSS), “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”. Los organismos sanitarios internacionales y los gobiernos del mundo han buscado incluir en sus políticas públicas estos factores como una estrategia que considera la salud más allá del concepto biológico y lo lleve a una concepción multidimensional, influida por característica de índole social, política, económica, entre otros (2).

El objetivo del presente artículo es realizar una revisión de las políticas implementadas en Latinoamérica enfocadas en intervenir sobre los DSS.

MÉTODOS

Se realizó una revisión temática que incluyó la búsqueda bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos BIREME, Pubmed, Scielo y Science Direct, y documentos oficiales de organismos multilaterales y de los ministerios de salud, desarrollo social o sus semejantes de los 22 países latinoamericanos, a partir de sus portales web oficiales. Se utilizaron

los términos desigualdades en la salud (healthcare disparities), política de salud (health policy), política social (public policy) y América Latina (Latin America). Cada referencia fue elegida a partir de su resumen y cada libro a partir de su resumen ejecutivo e índice, seleccionando aquellos que fueran pertinentes al objeto de estudio. Se descartaron aquellas fuentes que hicieran parte de literatura gris o publicaciones no oficiales, así como aquellos que no incluyeran en su título o resumen los temas directamente vinculados al objetivo de la revisión o en idiomas diferentes al inglés, español o portugués o cuya publicación fuera anterior al año 2008. Se recuperaron un total de 140 referencias distribuidas así: BIREME: 25, Pubmed: 19, Scielo: 54, Science Direct: 11, Instituciones oficiales: 20; Organismos Multilaterales: 11. Tras un primer filtro se obtuvo un listado preliminar de 76 referencias de las cuales después de la revisión total de los documentos fueron incluidas 53 por encontrarse relevantes al tema y de calidad adecuada. Los resultados del proceso de análisis de las fuentes compiladas fueron resumidos de manera narrativa en el texto a partir de la selección de ocho casos de países representativos de la región.

Los determinantes sociales de la salud (DSS)

La desigualdad creciente entre el estado de salud de los países de mundo llevó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 ordenara la creación de la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud (CDSS) con el objetivo de reunir evidencia científica para crear un movimiento global por la equidad en salud. Ésta publicó su reporte final en el año 2008, *Subsanar las desigualdades en una generación*, cuyas conclusiones quedaron resumidas en tres ejes de acciones a saber: 1. Mejorar las condiciones de vida, que reúne todas aquellas intervenciones dirigidas a grupos etarios específicos como la primera infancia, las mujeres, entre otros; 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, haciendo referencia a las acciones a nivel político del sector público que lleven a una gobernanza promotora de la equidad, y; 3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, que invita a que los determinantes sociales de la salud se conviertan en un objeto de evaluación y seguimiento por parte de los gobiernos (3,4).

A partir de este informe la OMS asumió un compromiso para actuar sobre los DSS y en la asamblea mundial de la salud del año 2009 exhortó a todos los países a que lucharan contra las inequidades de la salud desarrollando políticas de protección social integrales e instrumentos de medición que permitieran cuantificar el impacto de dichas intervenciones (5).

Posteriormente, Solar e Irwin desarrollaron un marco conceptual para el entendimiento de la interacción de los DSS que permitiera a los diseñadores de políticas definir los puntos de entrada de las intervenciones. En él establecieron que existen dos tipos de determinantes sociales: los estructurales, que son los mecanismos productores primarios de estratificación y divisiones sociales, como las políticas macroeconómicas, las políticas públicas (educación, salud) las políticas sociales, entre otras, que generan como resultado las diferenciaciones en Ingreso, etnia, clase social, escolaridad; y los determinantes intermedios, los cuales juegan un papel en el proceso de generación de inequidad, más como moduladores y no como causantes primarios. Son las circunstancias materiales, los factores biológicos y psicosociales y el sistema de salud (6,7).

Finalmente, en el año 2011 en la conferencia mundial sobre DSS en Rio de Janeiro se ratificó el objetivo mundial por intervenir de manera efectiva los DSS desarrollando acciones multilaterales, intersectoriales y medidas políticas, en el camino de alcanzar la equidad sanitaria (8).

Movimientos internacionales frente a los DSS

En Europa, Marmot encontró enormes disparidades en salud entre los países, especialmente con una desigual situación entre las regiones del este y el oeste, a lo cual llamó “gradiente social”. Es decir, inclusive en los países más pobres las inequidades en salud siguen un patrón de gradiente a medida que se asciende o desciende en la escalera social determinado por factores como el ingreso, el empleo, la posición social, entre otros (9,10). Países como España e Inglaterra han desarrollado recomendaciones de acción que aplican para sus sistemas de salud (11,12).

En América Latina el liderazgo ha sido asumido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En su plan de acción 2008-2012 definió como uno de sus objetivos estratégicos “Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos” (13).

En el plan de acción 2014-2019 adopta un enfoque de determinantes sociales desde una perspectiva transversal a sus políticas y promoviendo el desarrollo de alianzas y redes con diversos sectores de la sociedad. Propone como metas aumentar el número de países que han reorientado

sus sistemas de salud hacia un enfoque en los DSS y en busca de incorporar los pilares de la declaración política de Río (14).

El fenómeno de cooperación internacional SUR-SUR ha evolucionado a través de más de cuatro décadas, siguiendo actualmente una etapa de fortalecimiento regional gracias al surgimiento de múltiples organizaciones transnacionales y al desarrollo de la llamada “diplomacia en salud”, proceso donde las naciones buscan intervenir sobre factores de salud que trascienden sus fronteras e influenciados por procesos globales. Fruto de ésta ha sido la comisión en salud de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur Salud) y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) (15,16).

Los países latinoamericanos frente a la acción sobre los DSS

Se hace un recuento de ocho países latinoamericanos y las políticas públicas implementadas en los años recientes para hacer frente a la inequidad en salud, tal como se presenta en la Tabla 1.

Argentina

Se han implementado programas que si bien han surgido desde una concepción de Atención Primaria en Salud (APS) incluyen importantes componentes de DSS. El Programa Médicos Comunitarios busca transformar el modelo de atención en salud mediante el establecimiento de equipos básicos de salud interdisciplinarios que estimulan la participación activa de la comunidad y la interculturalidad en salud.

“Salvaguarda Indígena” es una estrategia de inclusión social basada en la interculturalidad y focalizada en las comunidades con alta densidad de pueblos originarios en el país; busca que a partir de una evaluación social y participativa se construya un Plan para los pueblos indígenas, específico para la atención en salud en estas comunidades. Finalmente, El Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables ha buscado incentivar el desarrollo de políticas intersectoriales e institucionales en los municipios del país, que actúen sobre los determinantes socioeconómicos, mediante estrategias de participación comunitaria (17–21).

Bolivia

Implementó un importante cambio de enfoque del modelo del sistema de salud desde el 2006, con la reorientación hacia los DSS teniendo como eje central el Modelo de Salud Familia Comunitaria Intercultural (SAFCI) que busca integrar a la comunidad en la prestación de servicios de salud, articulándola con

la medicina tradicional y las prácticas propias de las comunidades originarias, las cuales representan el 62% de la población. El programa Desnutrición Cero tiene un enfoque multisectorial en la intervención de la desnutrición, priorizando la población infantil y materna. Las intervenciones han sido coordinadas entre los ministerios de salud, educación, agricultura y justicia a través de los Consejos Nacionales de Nutrición (CONAN) comprometiéndose a estimular la participación comunitaria y las redes sociales en los ámbitos interculturales. Bolivia sigue enfrentado retos en cuanto al aumento de su cobertura en la población y en el fortalecimiento de una estructura de inclusión social a partir de un lineamiento político central (22-26).

Brasil

Después de más de 20 años del Sistema Único de Salud (SUS) se ha logrado una disminución lenta de las desigualdades en la tasa de utilización de servicios de salud médicos y dentales comparando los quintiles de menor ingreso con los de mayor ingreso, así como disminución en la presentación de enfermedades crónicas en la población de ambos grupos. Brasil implementó una comisión nacional en DSS desde el año 2006 y ha desarrollado con éxito políticas como Programa salud de familia (Saúde de familia) y los agentes comunitarios en salud, que promueven el acceso equitativo a servicios de salud así como el aumento de utilización de servicios preventivos. Persisten retos como un alto nivel de segmentación del sistema de salud con una cobertura desigual entre el sistema de salud público (75%) y el sistema de salud privado (25%) (27-30).

Chile

En el 2008 el Ministerio de Salud creó la Secretaría Técnica de DSS que funcionó hasta 2010 y promovió la iniciativa “13 pasos hacia la equidad en salud en Chile” desde la cual se originaron estrategias de intervención focalizada en grupos poblacionales específicos.

El sistema de protección social tiene como pilares la estrategia Chile Solidario dirigido a familias en situación de pobreza el cual contempla apoyo psicosocial, subsidios monetarios y acceso preferente a programas sociales y Chile Crece Contigo enfocada en atención en la infancia con un acompañamiento integral basado en servicios como atención médica, visitas domiciliarias y servicios de educación y consejería.

Chile enfrenta retos en la distribución equitativa de la riqueza económica la cual determina el uso de servicios de salud, siendo los servicios

preventivos y especializados más utilizados en los quintiles de mayores ingresos y los servicios de emergencias en los quintiles de bajos ingresos

Tabla 1. Políticas sobre los DSS en los países latinoamericanos

País	Políticas	Punto de entrada: DI ^a , DE ^b	Área de acción: A ^c , B ^d , C ^e	Retos
Argentina	1. Programa Médicos Comunitarios 2. Proyecto Salvaguarda Indígena 3. Programa Nacional Municipios y comunidades saludables	DE: Etnia DI: Sistema de salud	A	Fragmentación entre sectores del sistema de salud Desarrollo de una política nacional basada en DSS
Bolivia	1. Modelo de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCl) 2. Programa Desnutrición Cero	DE: Género, etnia y posición socioeconómica DI: Sistema de salud	A, B	Alto porcentaje de población sin cobertura y excluida. Alta población indígena con prácticas tradicionales de medicina
Brasil	1. Programa de agentes de salud comunitarios 2. Programa salud de familia	DI: Sistema de salud	A, C	Alto nivel de segmentación con un porcentaje de aseguramiento público en contraste con aseguramiento privado
Chile	1. 13 pasos hacia la equidad en salud 2. Chile Crece Contigo 3. Chile solidario	DE: Posición socioeconómica DI: Sistema de salud	A, C	Superar la alta desigualdad en la distribución del ingreso, Proporción importante de aseguramiento privado en comparación al aseguramiento público
Colombia	1. Red JUNTOS 2. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI	DE: Género, etnia y posición socioeconómica DI: Sistema de salud	A, B, C	Problemas estructurales del sistema de salud de financiamiento y barreras de acceso a servicios.
Costa Rica	Modelo de sistema de salud basado en la teoría de la Producción social de la enfermedad	DE: Posición socioeconómica DI: Sistema de salud	A, B	Población en pobreza extrema y crecimiento de la economía informal
México	Programa de Desarrollo Humano "Oportunidades"	DE: Posición socioeconómica	A	Alta segmentación en el sistema de salud, alto crecimiento de aseguramiento privado y gasto de bolsillo en salud, desarrollo de Políticas transectoriales
Venezuela	Misiones Bolivarianas: Intranasitarias: Misión Barrio Adentro, Misión Milagro. Extranasitarias: Misión Robinson	DE: Educación y trabajo DI: sistema de salud	A, B	Integración entre niveles de atención en salud, diferencias sociopolíticas que atentan contra la expansión del modelo de misiones. Posición política desde sectores de medios y la academia médica venezolana

a: Determinantes Intermedios b: Determinantes Estructurales c: Mejorar las condiciones de vida d: Luchar contra la distribución desigual del poder e: Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

En la estrategia nacional de salud 2011-2020 se establecen como objetivos estratégicos reducir la inequidad en salud relacionada tanto con la posición social como con la ubicación geográfica en el país (31-35).

Colombia

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 tiene como uno de sus enfoques el modelo de DSS y a partir de él se soportan dos de los tres objetivos estratégicos del plan: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente.

Existen estrategias dirigidas a abordar los DSS como Red UNIDOS que se enfoca en la superación de la pobreza extrema y las desigualdades sociales mediante la coordinación de la acción de más de 26 entidades del Estado. El acompañamiento de las familias del programa es hecho por cogestores sociales encargados de orientarlas en el cumplimiento de 45 logros básicos en 9 dimensiones como salud, educación, nutrición, habitabilidad, entre otros.

El Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI busca restablecer las condiciones física, mentales y sociales de las víctimas de graves violaciones de los derechos humanos en el marco del conflicto armado. Los dos grandes componentes del PAPSIVI son: la atención en salud y la atención psicosocial a través de acciones individuales, familiares y comunitarias (36-39).

Costa Rica

El sistema tiene como marco conceptual y estratégico la teoría de la producción social de la enfermedad y a partir de ella ha construido sus estrategias de intervención, asignando prioridad a la inversión pública en el sector social y al trabajo sinérgico intersectorial con una rectoría firme en el Ministerio de Salud con la estrategia maestra de “pasar del tratamiento de las enfermedades a la promoción de la salud”. El ministerio es un coordinador de diversos actores sociales con lineamientos como la “participación social inteligente para la no exclusión” y la conformación de redes alrededor de un problema específico, por ejemplo seguridad vial o violencia. Estas acciones tienen un sustento político firme en decretos y planes de orden presidencial y ministerial (40-44).

México

La Secretaría de Salud definió en su plan 2007-2012 como objetivo

estratégico “Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”. Existen estrategias como el programa Desarrollo Humano “Oportunidades” creado por el gobierno federal para combatir la pobreza extrema y con un enfoque en las mujeres y en poblaciones rurales. El programa otorga transferencias monetarias directas a las familias más pobres con la condición de cumplir con ciertos requisitos, enfocados en los ejes de nutrición, salud y educación. Un reto importante es la falta de articulación intersectorial de las estrategias (45-49).

Venezuela

Se han puesto en marcha las Misiones, intervenciones comunitarias direccionadas por el gobierno con un enfoque específico en una problemática social. En salud, se han desarrollado la Misión Milagro para combatir las enfermedades visuales en grupos vulnerables, la Misión Sonrisa para mejorar la salud oral y la Misión Barrio Adentro cuyo objetivo ha sido mejorar el acceso de la población al sistema de salud y a la atención primaria, con un enfoque en barrios pobres utilizando como pilares la creación de consultorios médicos populares y la creación de comités en salud y consejos comunales que garantizan la participación ciudadana. Otras misiones como Misión Robinson se han enfocado en dar acceso a educación y formación para el trabajo. Persisten retos como la integración de los programas con los niveles superiores de atención en salud y su acogida desde los sectores académicos del país (50-53).

El panorama de políticas públicas enfocada en DSS en la región latinoamericana es desigual. Se puede observar que las intervenciones públicas realizadas han abordado principalmente los determinantes intermedios, el sistema de salud, y en cuanto a los determinantes estructurales se encuentra un abordaje principalmente en el nivel socioeconómico y en la etnia. Esto representa un reto frente a los diversos determinantes estructurales que se dejan por fuera de los modelos. Si bien el alcance del estudio limita la profundidad de su análisis, sí queda claro que a la luz del modelo conceptual de DSS, las políticas públicas en Latinoamérica han estado sectorizadas. A su vez si se tienen en cuenta las recomendaciones de la CDSS de la OMS se debe hacer énfasis en luchar contra la distribución desigual del poder y en la producción de conocimiento referente a la medición de la magnitud del problema y su evaluación, el cual sigue siendo escaso. Finalmente se observa que la fragmentación y la inequidad en la cobertura de salud son problemas recurrentes y prioritarios en cuanto a la

diferenciación marcada de servicios de salud que se presentan según el nivel de ingreso o capacidad de pago de las poblaciones ♦

Agradecimientos: Este trabajo de investigación ha hecho parte del Programa “Jóvenes Investigadores e Innovadores” de Colciencias y ha sido financiado conjuntamente entre esta entidad y la Universidad de Caldas.

Conflicto de intereses: Ninguno

REFERENCIAS

1. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2008;22(5):465-73.
2. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la Salud. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/ Consultado enero de 2013.
3. Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2008.
4. Marmot M, Friel S, Bell R, Tanja AJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008;372:8.
5. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. . Ginebra: Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2009.
6. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Álvarez LE. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2009;8(17):69-79.
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud; 19-21 Octubre de 2011; Río de Janeiro, Brasil: Organización Mundial de la Salud; 2011.
9. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*. 2012;380(9846):1011-29.
10. Marmot M, Allen J, Bell R, Goldblatt P. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *The Lancet*. 2011;379:8.
11. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2012 Mar-Apr;26(2):182-9.
12. Marmot M. Fair Society healthy lives: The marmot review. England; 2010.
13. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico 2008-2012. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
14. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019;2013.
15. Marchiori P, Ferreira JR. Health diplomacy and South-South cooperation: the experiences of UNASUR Salud and CPLP's Strategic Plan for Cooperation In Health. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde*. 2010;4(1).
16. Carrillo A, Santana JP. Regional integration and south-south cooperation in health in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(5):368-75.

17. Ministerio de Salud. Programa Médicos Comunitarios [Internet] Buenos Aires, Argentina; 2013. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/> Consultado enero de 2013.
18. Ministerio de Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública: Informe Anual 2009. Buenos Aires: República Argentina; 2008.
19. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Pública de México. 2011;53:s96-s109.
20. Ministerio de Salud de Argentina. Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables Buenos Aires: Argentina; 2013.[Internet]. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/municipios/>. Consultado febrero de 2013.
21. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, Lineamientos Estratégicos para la gestión 2008/2011. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2008.
22. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Salud Pública de México. 2011;53:s109-s19.
23. Callister LC. Together we stand: Bolivian initiatives. MCN The American journal of maternal child nursing. 2010 Jan-Feb;35(1):63.
24. Hoey L, Pelletier D. Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: insights on commitment, collaboration, and capacities. Food and nutrition bulletin. 2011 Jun;32(2 Suppl):S70-81.
25. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Plan Estratégico 2007-2011 del programa Sectorial Desnutrición Cero. La Paz, Bolivia: Estado Plurinacional de Bolivia; 2008.
26. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia la Salud Universal". La Paz, Bolivia: Estado Plurinacional de Bolivia; 2010.
27. Almeida G, Mori Sarti F, Fagundes Ferreira F, Montoya Díaz MD, Coelho Campino AC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):90–7.
28. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 216 p.
29. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet;377(9779):1778-97.
30. De Sousa MF, Merchán E, Machado AV. El programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos. Rev. Fac.Nac. Salud Pública. 2011; 30(1): 66-74
31. A decade towards better health in Chile. Bulletin of the World Health Organization. 2011;89:710-1.
32. Centro de Políticas Públicas UC. Sistemas Integrados de Información Social: su rol en la protección social. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011.
33. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2011.
34. Ministerio de Salud de Chile. Programa de comunas vulnerables: Experiencia de implementación durante el año 2009. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2010.
35. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):98–106.
36. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, Colombia: República de Colombia; 2013.
37. Quintero Velásquez AM. Modelos de políticas públicas de Colombia, en beneficio de las familias. R Katál. 2011;14:116-25.
38. Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema. Estrategia UNIDOS. Bogotá: República de Colombia; 2013.[Internet]. Disponible en: <http://www.anspe.gov.co/es/programa/estrategia-unidos>. Consultado enero de 2013.
39. Congreso de la República de Colombia. Ley 1448 de 2011 "Ley de Víctimas y Restitución de Tierras". Bogotá, Colombia: República de Colombia; 2011.

40. Área de desarrollo sostenible y salud ambiental. Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
41. Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, JL B. Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Publica Mex.* 2011;53 (supl 2):S156-S67.
42. Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. 3a ed. San José: República de Costa Rica; 2011.
43. Presidencia de la República de Costa Rica. Decreto N° 34510: Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud San José: República de Costa Rica; 2008.
44. Ministerio de Salud de Costa Rica. Plan Nacional de Salud 2010-2021. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica; 2010.
45. Barraza-Lloréns M, Panopoulou G, Díaz B. Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000–2006. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(2):122–30.
46. Silberman M, Moreno L, Kawas V, González E. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal: Una experiencia desde los centros de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2013;56(4).
47. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex.* 2011;53:s220-s232.
48. Secretaría de Salud de México. Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México DF: Estados Unidos Mexicanos; 2007.
49. Ávila C, Gabarrot M. Retos locales de la política social en México: el funcionamiento del programa de desarrollo humano "oportunidades" en una comunidad indígena bajo el sistema de gobierno de usos y costumbres. *CONfines.* 2009:67-82.
50. Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas de Venezuela. Proyecto Nacional Simón Bolívar: Primer Plan Socialista de la Nación 2007-2013. Caracas, Venezuela: República Bolivariana de Venezuela; 2007.
51. Hernández T. Acciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2010;36(4):366-71
52. Briggs CL, Mantini-Briggs C. Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela. *American Journal of Public Health.* 2009;99(3):549-55.
53. Aguirre V. Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud colectiva.* 2008;4:221-38.