

# Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México

Adolfo Martínez Valle,<sup>1</sup> Paulina Terrazas<sup>2</sup> y Fernando Álvarez<sup>2</sup>

**Forma de citar** Martínez Valle A, Terrazas P, Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(4):264–9.

## RESUMEN

**Objetivo.** Analizar las vías de acción implementadas en México por el sector salud entre 2007 y 2012 para atender las inequidades en salud, incidiendo en sus determinantes sociales. Contribuir a mejorar la comprensión y el conocimiento sobre cómo incidir en la reducción de las desigualdades de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Formular recomendaciones para definir una agenda futura de política pública que permita atender los determinantes sociales asociados a las inequidades en salud en México.

**Métodos.** Se revisaron las políticas o programas definidos en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007–2012, seleccionando aquellos que cumplieran con cuatro criterios: i) que incidieran en los determinantes sociales de la salud (DSS); ii) que formularan líneas de acción específicas para reducir las inequidades en salud; iii) que definieran metas concretas y iv) que hubieran sido evaluados en cuanto al cumplimiento de dichas metas. Se seleccionaron tres programas: el Seguro Popular, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y Caravanas de la Salud. Una vez identificadas las líneas de acción específicas de cada programa —dirigidas a incidir en los DSS— se evaluó el cumplimiento de las metas trazadas a partir de los indicadores de seguimiento y evaluación definidos en el PRONASA 2007–2012, así como de las evaluaciones y la evidencia empírica disponibles.

**Resultados.** La evidencia encontrada sobre el Seguro Popular mostró efectos positivos en la protección financiera de las familias de más bajos ingresos. Más aún, la reducción de las diferencias fue más evidente entre los trabajadores afiliados a la seguridad social y los no afiliados. El PDHO, al incidir en las condiciones de pobreza de sus beneficiarios, ha logrado también reducir las inequidades en salud. Los indicadores correspondientes a Caravanas de la Salud, en cambio, no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las localidades control y las localidades cubiertas por este programa, salvo en el caso de la prueba de Papanicolaou (PAP).

**Conclusiones.** Estos hallazgos tienen implicancias de política pública que resultan relevantes para diseñar una agenda que permita seguir incidiendo en los DSS y potenciar su impacto en la reducción de las inequidades. Es clave garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales, sin que nadie sea excluido por razones socioeconómicas, laborales, étnicas o de género. Se sugiere realizar acciones destinadas a brindar una cobertura integral, incluyente, equitativa, efectiva y de calidad, sustentada en un modelo preventivo y resolutivo de atención primaria de la salud. Las diversas estrategias deben estar focalizadas en la atención primaria de la salud, porque en este nivel se puede brindar una atención más integral y con una perspectiva que haga hincapié en la persona y no en la enfermedad. Será necesario también incorporar etapas de evaluación y seguimiento que proporcionen al sistema de protección social integral un blindaje científico para garantizar su eficacia.

## Palabras clave

Desigualdades en la salud; inequidad social; determinantes sociales de la salud; pobreza; políticas públicas; México.

<sup>1</sup> Previamente en el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. La correspondencia se

debe dirigir a Adolfo Martínez Valle. Correo electrónico: adolfomartinezvalle@gmail.com

<sup>2</sup> Previamente en la Secretaría de Salud, México, D.F., México.

**CUADRO 1. Programas seleccionados con criterios definidos para analizar la incidencia en los determinantes sociales de las inequidades en salud, México, 2012**

Criterio	Programa		
	Seguro Popular	PDHO	Caravanas de la Salud
Determinantes sociales	Personas excluidas de la seguridad social	Pobreza	Marginación
Líneas de acción	Financiamiento equitativo mediante el aporte público federal	Atención básica a familias en condiciones de pobreza Entrega de suplementos alimenticios a grupos poblacionales en riesgo de desnutrición	Extender la cobertura de atención a zonas altamente marginadas sin acceso a servicios de salud
Metas concretas	Sí	Sí	Sí
Evaluación	Sí	Sí	Sí

PDHO: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Actualmente, la inequidad<sup>3</sup> en México tiene efectos importantes en la salud de su población. Sin embargo, existen muy pocos estudios en el país sobre cómo las políticas públicas pueden atender efectivamente estas injustas diferencias, potencialmente remediadas, entre diversos grupos de la población mexicana (2–4). Tampoco han existido muchas políticas públicas que aborden las inequidades en salud incidiendo en sus determinantes sociales (5).

El Programa Nacional de Salud 2007–2012 (PRONASA), trazó tres de sus objetivos apuntando a los determinantes sociales que influyen en el estado de salud de la población mexicana: i) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; ii) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal y iii) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano.

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar las vías de acción implementadas en México por el sector salud entre 2007 y 2012 para atender estas inequidades de salud, incidiendo en sus determinantes sociales. También se busca contribuir a mejorar la comprensión y el conocimiento sobre cómo incidir en la reducción de las desigualdades de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Finalmente, se formulan algunas recomendaciones para definir una agenda futura de política pública

que permita atender los determinantes sociales asociados a las inequidades en salud en México.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Primero se definieron cuatro criterios para identificar las políticas o programas dirigidos a incidir en los determinantes sociales de las inequidades en salud: i) que incidieran en los determinantes sociales de la salud (DSS); ii) que formularan líneas de acción específicas para reducir las inequidades en salud; iii) que definieran metas concretas y iv) que hubieran sido evaluados en cuanto al cumplimiento de dichas metas.

Una vez definidos los criterios, se revisaron los documentos oficiales de las políticas o programas definidos en el PRONASA 2007–2012 (6), seleccionando aquellos que cumplieran con los criterios anteriormente definidos. Finalmente, se procedió a evaluar el cumplimiento de las metas trazadas por los programas seleccionados para el análisis. Para ello se analizaron los indicadores de seguimiento y de evaluación definidos por el propio PRONASA 2007–2012, así como las evaluaciones y la evidencia empírica disponibles para los tres programas seleccionados.

## RESULTADOS

Se identificaron tres programas —Seguro Popular, PDHO y Caravanas de la Salud— que cumplieron con los criterios de selección (cuadro 1).

El Seguro Popular fue seleccionado —de acuerdo con la metodología empleada— porque busca proteger financieramente los ingresos de las familias

que no están cubiertas por la seguridad social, contribuyendo con ello a disminuir las inequidades entre los trabajadores formales y no formales en el gasto de bolsillo que hacen los individuos y las familias al atender un problema de salud.

El PRONASA planteó, a través del Seguro Popular, dos metas estratégicas para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud: i) disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud y ii) reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud. En relación a la primera meta, el gasto de bolsillo se redujo de 51,7% del gasto total en salud en 2004 a 47,1% en 2010, según las cifras disponibles más recientes del Seguro Popular (6). El porcentaje de familias que incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud —segunda meta— fue de 3,6% en 2004 y de 2,8% en 2010, lo que representa una reducción de 20,6% (6).

Estas cifras, sin embargo, no permitían establecer si habían disminuido (o no) las diferencias entre afiliados a la seguridad social y afiliados al Seguro Popular. Por ello, se revisó evidencia empírica adicional (7, 8), la cual reveló una reducción en el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico realizado por las familias,<sup>4</sup> según fueran personas con cobertura de la seguridad social o personas con cobertura del Seguro Popular (cuadro 2). Como se ve en el cuadro, mientras más cercano a 1 es el valor del cociente, menores son las diferencias entre esos dos grupos, advirtiéndose una leve disminución para ambos indicadores.

<sup>4</sup> Tal reducción fue calculada en base a la proporción del gasto en relación a los ingresos de los hogares.

<sup>3</sup> Inequidad significa la presencia de diferencias injustas, sistemáticas y potencialmente remediadas entre grupos de población definidos social, económica o geográficamente (1).

**CUADRO 2. Disminución del gasto de bolsillo y del gasto catastrófico para afiliados a la seguridad social y al Seguro Popular, México, 2004 y 2010**

Indicador	Año					
	2004			2010		
	Seguridad social (%)	Seguro Popular (%)	Cociente inequidad (%)	Seguridad social (%)	Seguro Popular (%)	Cociente inequidad (%)
Gasto de bolsillo	3,0	4,4	0,7	2,6	3,2	0,8
Hogares con gastos catastróficos	1,5	3,6	0,4	1,4	2,8	0,5

**Fuente:** Referencia 6.

**Nota:** Disminución calculada en relación a los ingresos de los hogares (gasto como proporción del ingreso).

**CUADRO 3. Indicadores utilizados para evaluar el programa Caravanas de la Salud, México, 2010**

Indicador	Localidades			
	Con Caravanas		Sin Caravanas	
	No.	%	No.	%
Prueba PAP <sup>a</sup>	249	45	67	37
Atención prenatal <sup>b</sup>	355	65	107	75
Cobertura BCG <sup>c</sup>	93	97	23	100

**Fuente:** Referencia 9.

**Nota:** PAP: Prueba de Papanicolaou; BCG: Vacuna contra la tuberculosis. Las comparaciones de proporciones se hicieron mediante la prueba  $\chi^2$  y las comparaciones de medias con la prueba *t* de Student. Ninguna resultó estadísticamente significativa.

<sup>a</sup> Menos de 1 año desde la última vez que mujeres entrevistadas entre 18 y 49 años de edad se realizaron el Papanicolaou.

<sup>b</sup> Atención prenatal en el primer trimestre del embarazo en mujeres entrevistadas entre 18 y 49 años de edad.

<sup>c</sup> Niños menores de 1 año vacunados con BCG.

El programa Caravanas de la Salud es una iniciativa federal que busca acercar los servicios de salud a las localidades remotas del país creando nuevas unidades de atención en salud<sup>5</sup> y combinando estrategias de atención ambulatoria itinerante y de telemedicina. Este programa definió dos objetivos: (i) mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud, a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención médica ambulatoria y (ii) ofrecer servicios regulares de prevención, promoción y atención médica a la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles (9).

<sup>5</sup> En México, en los últimos 30 años, se han implementado diversos programas de atención itinerante para atender a las poblaciones que residen en zonas de difícil acceso: el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa de Salud Rural (PSR), el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Aprovechando la experiencia acumulada y los diversos desarrollos tecnológicos existentes hasta ese momento, dentro de los cuales destaca la telemedicina, el gobierno federal creó en 2007 una nueva estrategia de atención itinerante: Caravanas de la Salud.

Para evaluar el cumplimiento de estos objetivos, se revisaron las evaluaciones realizadas a este programa. El cuadro 3 muestra algunos indicadores que permiten comparar la cobertura de servicios entre localidades remotas por donde pasan las Caravanas y otras similares donde —las Caravanas— no tienen rutas trazadas. Estos indicadores se basan en la última evaluación disponible (10), pero no muestran diferencias estadísticamente significativas. En efecto, tanto en los porcentajes de atención prenatal como en los de vacunación, las localidades control registraron coberturas incluso levemente superiores a las de las localidades cubiertas por este programa, tendencia que solo fue revertida en el caso de la prueba para detectar oportunamente el cáncer cervicouterino —Papanicolaou (PAP).

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) está dirigido a las familias que por sus condiciones de pobreza no invierten en la educación, la salud y la nutrición de sus hijos. Para desarrollar esas capacidades, el programa transfiere a las familias recursos monetarios y en especie si cumplen con el compromiso de llevar a sus hijos a la escuela,

asistir [con sus hijos] regularmente a los servicios de salud con fines fundamentalmente preventivos y alimentarlos nutritivamente.<sup>6</sup> Esta responsabilidad es asumida también por el gobierno federal con la transferencia de recursos y la provisión de servicios: la Secretaría de Desarrollo Social coordina la planeación, operación y evaluación del PDHO y el sector salud dispone de los recursos y ofrece los servicios (11).

Tales servicios consisten en brindar atención a todos los miembros de la familia, con base en el Paquete Básico Garantizado de Salud, que incluye 13 intervenciones de carácter preventivo, y a través de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se realizan acciones de prevención y otras destinadas a disminuir la desnutrición mediante la entrega de suplementos alimenticios a mujeres embarazadas, mujeres en lactancia y a niños de 6 a 59 meses de edad. Asimismo, y con el propósito de que los beneficiarios tengan acceso a una atención integral,

<sup>6</sup> En este estudio solamente se revisaron los componentes de salud y de nutrición, en los cuales el sector salud participaba como proveedor de servicios.

**CUADRO 4. Indicadores del Programa Nacional de Salud (PRONASA) correspondientes a los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH), México, 2011 y 2012**

Indicador	Unidad	Línea basal	2011	Meta 2012
Razón de mortalidad materna	Muertes maternas por 100 000 nacidos vivos	165,3	124,3	82,6
Tasa de mortalidad infantil	Muertes en menores de 1 año por 1 000 nacidos vivos	34,5	30,3	20,9
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años	Porcentaje con bajo peso para la edad	30,8	25,6	24,6

se promueve en las familias PDHO su afiliación al Seguro Popular.<sup>7</sup>

Los principales objetivos de salud en los que el PDHO puede incidir en los DSS son dos: i) reducir las brechas y desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas y ii) garantizar que desde la salud se contribuya en la lucha contra la pobreza, afianzando el desarrollo social del país. Para alcanzar el primer objetivo se buscó disminuir 50% la mortalidad materna y 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH). Para el segundo, se propuso reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 100 municipios con menor IDH. En el cuadro 4 se presentan estos indicadores, las metas propuestas y su estado al momento del estudio.

Como puede observarse, el comportamiento de los indicadores que miden la disminución en las brechas en salud —mortalidad materna e infantil— ha sido más bien modesto. A casi un año de cumplirse el período estimado para reducir la razón de mortalidad materna en un 50%, la disminución apenas si alcanza un 30% (12). La tasa de mortalidad infantil, en cambio, informó una reducción de cuatro puntos porcentuales, manteniéndose muy lejos del promedio nacional (14 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos) (12). Es importante aclarar que este indicador es más sensible a DSS en los que el PDHO podría haber incidido, incluidas una mejor nutrición de la población infantil y una mayor escolaridad de las madres de familia (9).

Finalmente, el indicador de desnutrición en menores de 5 años —segundo objetivo— fue la baja talla para la edad, donde se utilizó como proxy al quintil más pobre de la población —por no

disponer de información específica respecto de los municipios con menor IDH. Esta meta prácticamente fue alcanzada entre 2006 y 2012, según las mediciones de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (13).

## DISCUSIÓN

El gobierno federal implementó, entre 2007 y 2012, diversos programas destinados a incidir sobre los DSS para reducir las inequidades en salud, a través de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Desarrollo Social. Entre ellos, los resultados del presente trabajo revelan que el Seguro Popular y el PDHO son dos instrumentos de política pública que han demostrado reducir tales inequidades.

La evidencia encontrada sobre el Seguro Popular mostró efectos positivos en la protección económica de las familias de más bajos ingresos, lo que es consistente con un estudio reciente cuyos hallazgos muestran que el Seguro Popular brinda cobertura a 73% de la población del país que vive en pobreza extrema (9). En este sentido, la afiliación al Seguro Popular representó un menor gasto de bolsillo y, en menor medida, un gasto catastrófico inferior (6, 9). Más aún, la disminución de las diferencias fue más evidente al comparar los trabajadores afiliados a la seguridad social con los que no estaban afiliados. La proporción del gasto público per cápita entre afiliados y no afiliados se redujo de 2,1 en 2000 a 1,2 en 2010 (8).

Como se ha expresado, las acciones de salud implementadas por el PDHO contribuyeron a reducir la mortalidad materna. Por ejemplo, en zonas rurales, las beneficiarias del PDHO recibían 12,2% más de procedimientos prenatales y atendían su parto con personal calificado 19,3% más en comparación con las no beneficiarias (14, 15). Sin embargo, es evidente que la disminución de las tasas de mortalidad materna no puede atribuirse solamente al componente de sa-

lud del PDHO, puesto que existen otras estrategias que persiguen el mismo fin. Resulta más probable, en cambio, pensar que la reducción de las altas tasas de mortalidad materna, en los municipios menos desarrollados, pueda deberse a un efecto sinérgico de todos esos programas y no exclusivamente al PDHO.

Con respecto a la mortalidad infantil, existe evidencia empírica que demuestra que ser beneficiario del PDHO está asociado a una reducción de la incidencia de bajo peso al nacer (16), una menor morbilidad en niños menores de 2 años (17) y a mejores condiciones sanitarias de la vivienda, tanto en agua entubada como en sanitarios o letrinas (18). Las acciones implementadas por el PDHO también han contribuido a reducir la desnutrición en menores de 5 años, aunque persisten inequidades y diferencias entre distintos grupos: la población indígena, por ejemplo, informó una prevalencia de desnutrición de 33,1% frente a 11,7% para población no indígena (13).

El análisis realizado al tercer programa —Caravanas de la Salud— no arrojó evidencias concluyentes que indiquen el logro de sus objetivos, a pesar de su formulación teórica que lo focalizaba en los municipios menos desarrollados del país.

## Recomendaciones de política pública

Los hallazgos del presente estudio tienen implicancias de política pública que resultan relevantes a la hora de diseñar una agenda que permita seguir incidiendo en los DSS y potenciar su impacto para reducir las inequidades. Un elemento clave es garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales, sin que nadie sea excluido por razones socioeconómicas, laborales, étnicas o de género (19). Para ello, y en lo que concierne al sector de la salud, se sugiere realizar acciones destinadas a brindar una cobertura integral, incluyente, equitativa, efectiva y de calidad, sustentada en un modelo preventivo y resolutivo

<sup>7</sup> La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es responsable de coordinar la operación y financiamiento del componente de salud del PDHO, así como de impulsar las acciones para una mejor nutrición, incluida la provisión de suplementos alimenticios a niños y mujeres embarazadas.

de atención primaria de la salud. Es muy importante que las diversas estrategias estén focalizadas en la atención primaria de la salud debido a que en este nivel se puede brindar una atención más integral, incluida la prevención, concibiendo a la salud desde una perspectiva poblacional que haga hincapié en la persona y no en la enfermedad. Además, existe evidencia importante de que este modelo de atención es más equitativo (20). Este enfoque integral permitirá abordar mejor los DSS que tienen un mayor impacto en las inequidades de salud, y a su vez, contribuirá a definir las intervenciones, programas y políticas más adecuados para atender a estos múltiples problemas (1, 21).

El reto más grande, no obstante, viene dado por la posibilidad de articular efectiva y eficazmente las acciones de todas las instituciones de los sectores público y privado que inciden sobre los DSS,

por lo que se recomienda actuar multisectorial y conjuntamente con dichas instituciones tal y como sugiere la declaración política de Río de la Organización Mundial de la Salud de 2011 (22). Esto no puede hacerse sin generar un estrecho vínculo entre la política social y la política económica, a partir del cual puedan diseñarse e implementarse instrumentos de política pública que brinden protección social contra riesgos básicos como la enfermedad, propicien una redistribución del ingreso hacia los que menos tienen y alineen los incentivos de los trabajadores y las empresas para aumentar la productividad y la eficiencia (23).

Un punto estratégico de esta agenda pública será incorporar desde el principio distintas etapas de evaluación y seguimiento con el objetivo de proporcionar al sistema de protección social integral un blindaje científico, como lo hiciera el PDHO en su momento (24). La

evaluación y el seguimiento adecuados requieren de una inversión inicial en sistemas de información integrales que evalúen y monitoreen los efectos de las políticas públicas adoptadas en relación a las metas trazadas, pero como contrapartida se reducirán gradualmente los altos costos que tienen las actuales encuestas de evaluación.

En el ámbito internacional, y con el fin de promover la equidad sanitaria en todos los países de América Latina y el Caribe, se sugiere fortalecer la cooperación con otros países de la región, facilitando la transferencia de conocimientos relacionados con los DSS de la salud, así como el intercambio de buenas prácticas en la formulación e implementación de políticas efectivas que reduzcan las inequidades en salud.

**Conflictos de interés.** Ninguno declarado por los autores.

## REFERENCIAS

- Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 2011;10:15.
- Lozano R, Zurita B, Franco F, Ramírez T, Hernández P, Torres JL. Marginality, need, and resource allocation at the county level. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. *Challenging inequities in health: From ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001. Pp. 276–95.
- Martínez Valle A. Social class, marginality and self-assessed health: A cross-sectional analysis of the health gradient in Mexico. *Int J Equity Health*. 2009;8:3.
- Barraza-Lloréns M, Panopoulou G, Díaz BY. Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000–2006. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):122–30.
- Martínez Valle A. Addressing social determinants of health through intersectoral work: Five public policy cases from Mexico. *Social Determinants of Health. Discussion Paper Series 6 (Case Studies)*. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Secretaría de Salud (SSA), Programa Nacional de Salud, México. *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México, D.F.: SSA; 2007.
- Knaut F, González Pier E, Gómez Dantés O, García Junco D, Arreola Ornelas H, Barraza Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012;380(9849):1259–79.
- Scott J. Redistributive impact and efficiency of Mexico's fiscal system. *Commitment to Equity Paper Discussion (Paper No. 8, January 2013)*.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), México. *Evaluación Específica de Desempeño de las Caravanas de la Salud 2009–2010*. México, D.F.: CONEVAL; 2011.
- López M. Evaluación de las Caravanas de la Salud. Reporte final. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, México. *Reglas de Operación del Programa Oportunidades 2011*. México, D.F.: SEDESOL; 2010.
- Secretaría de Salud, México, *Rendición de Cuentas en Salud 2011*. México, D.F.: Dirección General de Evaluación del Desempeño; 2012.
- Rivera J, Cuevas L, González de Cossío T, Shamah-Levy T. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Desnutrición en México: Intervenciones hacia su erradicación*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
- Barber SL, Gertler PJ. Empowering women to obtain high quality care: Evidence from an evaluation of Mexico's conditional cash transfer programme. *Health Policy Plan*. 2009;24:18–25.
- Barber SL. Mexico's conditional cash transfer programme increases cesarean section rates among the rural poor. *Eur J Public Health*. 2010;20:383–8.
- Barber SL, Gertler PJ. The impact of Mexico's conditional cash transfer programme, Oportunidades, on birth weight. *Trop Med Int Health*. 2008;13(11):1405–14.
- Bautista S, Bertozzi SM, Leroy J, López-Riadura R, Sosa-Rubí SG, Téllez-Rojo MM, et al. Diez años de Oportunidades en zonas rurales: Efectos sobre la utilización de servicios y el estado de salud de sus beneficiarios. En: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), México, ed. *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997–2007)*. Tomo II. México, D.F.: SEDESOL; 2008. Pp. 85–120.
- Rodríguez-Oreggia E, Pasillas M. Efectos de Oportunidades en la economía e infraestructura local en zonas rurales a diez años de intervención. En: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), México, ed. *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997–2007)*. México, D.F.: SEDESOL; 2008.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: OMS; 2009.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.
- Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: A mixed-level analysis. *Int J Health Serv*. 2000;30(3):541–55.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS; 2011.
- Levy S. *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality and economic growth in Mexico*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press; 2008.
- Fizbein A, Schady N. *Conditional Cash Transfers. Reducing present and future poverty*. Washington, D.C.: World Bank; 2009.

Manuscrito recibido el 27 de febrero de 2013. Aceptado para publicación, tras revisión, el 24 de febrero de 2014.

---

## How to reduce health inequities by targeting social determinants: the role of the health sector in Mexico

### ABSTRACT

**Objective.** To study lines of action implemented in Mexico by the health sector from 2007 to 2012 in order to combat health inequities by targeting social determinants. To contribute to better understanding and knowledge of how health system inequalities in the Region of the Americas can be reduced. To formulate recommendations for designing a future public policy agenda to address the social determinants associated with health inequities in Mexico.

**Methods.** The policies and programs established in the National Health Program (PRONASA) 2007–2012 were reviewed, and those that met four criteria were selected: i) they affected the social determinants of health (SDH); ii) they developed specific lines of action aimed at reducing health inequities; iii) they set concrete goals; and iv) they had been evaluated to determine whether those goals had been met. Three programs were selected: Seguro Popular, Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), and Caravanas de la Salud. Once each program's specific lines of action targeting SDH had been identified, the monitoring and evaluation indicators established in PRONASA 2007–2012, along with other available evaluations and empirical evidence, were used to measure the extent to which the goals were met.

**Results.** The findings showed that Seguro Popular had had a positive impact in terms of the financial protection of lower-income households. Moreover, the reduction in the gap between workers covered by the social security system and those who were not was more evident. By reducing poverty among its beneficiaries, the PDHO also managed to reduce health inequities. The indicators for Caravanas de la Salud, on the other hand, did not show statistically significant differences between the control localities and the localities covered by the program, except in the case of Pap tests.

**Conclusions.** These findings have important public policy implications for designing an agenda that promotes continued targeting of SDH and heightening its impact in terms of reducing inequities. Guaranteeing the effective exercise of social rights, without socioeconomic, employment, ethnic, or gender-based exclusion, will be key. Action to provide comprehensive, inclusive, equitable, effective, and quality coverage, supported by a preventive and remedial model of primary health care, are recommended. Strategies should be centered on primary health services, because at that level, more comprehensive care focusing on the person rather than the disease can be provided. It will also be necessary to include periodic monitoring and evaluation phases to offer the comprehensive social protection system scientific armor and guarantee its effectiveness.

### Key words

Health inequalities; social inequity; social determinants of health; poverty; public policies; Mexico.

---