



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Organización  
Mundial de la Salud

Documento de discusión No. 6 de la serie sobre determinantes sociales de la salud  
Contribución para el proyecto: La economía de los determinantes sociales de la salud



**EL ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES  
SOCIALES DE LA SALUD A TRAVÉS DE ACCIONES  
INTERSECTORIALES: CINCO CASOS DE POLÍTICA  
PÚBLICA DE MÉXICO**

DEBATES, POLÍTICA Y PRÁCTICA, **ESTUDIOS DE CASO**

# DOCUMENTO DE DISCUSIÓN No. 6

de la serie sobre determinantes sociales de la salud para el proyecto:  
La economía de los determinantes sociales de la salud

## EL ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD A TRAVÉS DE ACCIONES INTERSECTORIALES: CINCO CASOS DE POLÍTICA PÚBLICA DE MÉXICO

DEBATES, POLÍTICA Y PRÁCTICA, **ESTUDIOS DE CASO**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Organización  
Mundial de la Salud

México D.F., 2013

Edición original en inglés:  
Addressing social determinants of health through intersectoral actions: Five public policy cases from Mexico  
© World Health Organization, 2013  
ISBN 978 92 4 150531 4

**Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS**

\*\*\*\*\*

Organización Panamericana de la Salud.

El Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. Edición traducida y editada. Washington, DC: OPS, 2013.

(Serie sobre determinantes sociales de la salud; 6)

1. Factores Socioeconómicos. 2. Asignación de Recursos para la Atención de Salud. 3. Relaciones Interinstitucionales. 4. Programas Nacionales de Salud. 5. Política de Salud. 6. México. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud. III. Martínez Valle, Adolfo. IV. Figueroa-Lara, Alejandro.

ISBN 978-92-75-31822-5

(Clasificación NLM: WA 525)

**© Organización Mundial de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.**

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud de la OPS/OMS en México podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

**La serie:**

La serie de documentos de discusión sobre los determinantes sociales de la salud ofrece un foro para intercambiar conocimientos acerca de la manera de afrontar los determinantes sociales de la salud a fin de mejorar la equidad en salud. Los documentos analizan temas relacionados con las cuestiones de estrategia, gobernanza, herramientas y creación de capacidad. Su propósito es examinar las experiencias de los países con miras a entender las prácticas y las innovaciones, además de alentar un debate franco acerca de los vínculos entre la salud y el entorno más amplio de las políticas. Todos los documentos son sometidos a arbitraje editorial.

**Antecedentes:**

Los fuertes vínculos causales entre las políticas públicas y el gradiente social en la salud fueron documentados en el informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, aunque la salud y la equidad en salud se consideran como marcadores importantes del desarrollo, la sola expresión de los beneficios sociales de las intervenciones en los determinantes sociales de la salud en términos de salud y equidad en salud no siempre es lo suficientemente convincente en los entornos de política donde la salud no es una prioridad, o cuando es necesario hacer concesiones. Varias investigaciones anteriores han mostrado que un aumento de la atención a las políticas a través de los sectores que mejoran la salud y la equidad en salud, exige una mejor preparación con respecto al conocimiento sobre las justificaciones económicas de las intervenciones, así como con respecto a la manera en que se formulan y se llevan a la práctica las políticas intersectoriales. En reconocimiento de la utilidad de las acciones intersectoriales y la experiencia previa de México, el Grupo de Trabajo de México participó con la OMS en el proyecto de la economía de los determinantes sociales de la salud para elaborar estudios de caso de políticas intersectoriales y el uso de justificaciones económicas, y para aportar insumos sobre la otra publicación del proyecto: *The economics of the social determinants of health and health inequalities: a resource book for non-economists*.

México ha sido reconocido por su labor en políticas sociales que abordan determinantes claves de la salud relacionados con la pobreza y las malas condiciones de vida, incluso por algunos programas como el denominado Oportunidades.

Las opiniones expresadas en la presente publicación son las de los autores cuyos nombres se mencionan y no representan las decisiones, las políticas ni los puntos de vista de la Organización Mundial de la Salud.

**Reconocimientos:**

Los principales investigadores del Grupo de Trabajo de México fueron Adolfo Martínez Valle y Alejandro Figueroa Lara. El autor de este documento fue Adolfo Martínez Valle. El Grupo de Trabajo incluyó también a Diego González, Sofía Leticia Morales y Kira Fortune de la OPS/OMS; a Nicole Valentine de la OMS; además, a Guadalupe López de Llergo y Paulina Terrazas, de la Secretaría de Salud de México. A través del proceso de revisión del documento, las autoridades de salud y otras instituciones gubernamentales, académicas y privadas de México aportaron información valiosa para este trabajo. Agradecemos mucho los comentarios sobre este documento formulados por Carmen de Paz y Lorenzo Rocco.

La Secretaría de Salud de México autorizó la publicación de esta investigación. Cualquier error es de la exclusiva responsabilidad de los autores.

# Contenido

## Abreviaturas

## Resumen ejecutivo

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Introducción</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>2</b> | <b>Métodos</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>3</b> | <b>Marco analítico para las políticas públicas intersectoriales</b> .....                     | <b>10</b> |
| <b>4</b> | <b>Análisis del diseño e implementación de las acciones intersectoriales</b> .....            | <b>12</b> |
|          | 4.1 Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO).....                                   | 12        |
|          | 4.2 Seguro Popular .....  | 14        |
|          | 4.3 Iniciativa Mexicana para la Seguridad Vial (IMESEVI).....                                 | 16        |
|          | 4.4 Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP).....                             | 18        |
|          | 4.5 Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA).....                                    | 20        |
| <b>5</b> | <b>Oportunidades y retos para incidir en los determinantes sociales de la salud</b> .....     | <b>22</b> |
|          | 5.1 Conocimiento de los determinantes sociales de la salud .....                              | 22        |
|          | 5.2 Enfoque intersectorial .....  | 22        |
|          | 5.3 Liderazgo de la Secretaría de Salud .....   | 23        |
|          | 5.4 Evidencias para la toma de decisiones .....   | 23        |
|          | 5.5 Argumentos económicos para impulsar la intersectorialidad.....                            | 24        |
| <b>6</b> | <b>Lecciones de México</b> .....  | <b>26</b> |
|          | <b>Referencias</b> .....  | <b>27</b> |
|          | <b>Apéndices</b> .....  | <b>31</b> |
|          | <b>Apéndice 1: Perfil de los entrevistados</b> .....  | <b>31</b> |
|          | <b>Apéndice 2: Cuestionario sobre acciones intersectoriales para incidir en los DSS</b> ..... | <b>32</b> |



## CUADROS

|  |    |
|--|----|
| Cuadro 1. Criterios de selección de los casos de política pública en México.....                       | 10 |
| Cuadro 2. Principales hallazgos de las evaluaciones de Oportunidades.....                              | 13 |
| Cuadro 3. Problemas económicos identificados para justificar la implementación del Seguro Popular..... | 14 |
| Cuadro 4. Impacto de las lesiones viales en México.....  | 17 |
| Cuadro 5. Algunos resultados de la evaluación del IMESEVI.....   | 17 |
| Cuadro 6. 125 Municipios de menor IDH por entidad federativa.....                                      | 18 |
| Cuadro 7. Indicadores de los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Salud.....                    | 19 |

## FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Marco analítico para las políticas intersectoriales: un círculo virtuoso.....                | 11 |
| Figura 2. Intersectorialidad de las políticas públicas dimensiones del análisis.....                   | 11 |
| Figura 3. Problemas económicos identificados para justificar la implementación del Seguro Popular..... | 15 |
| Figura 4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres mayores de 20 años 2000-2012.....             | 20 |

## TABLA

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Argumentos económicos para impulsar la agenda de los DSS..... | 25 |
|--|----|

# Abreviaturas

|          |   |
|----------|---|
| ANSA     | Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria        |
| CENAPRA  | Centro Nacional para la Prevención de Accidentes  |
| CMMS     | Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud        |
| DSS      | Determinantes Sociales de la Salud                |
| IDH      | Índice de Desarrollo Humano                       |
| IMESEVI  | Iniciativa Mexicana para Seguridad Vial           |
| OMS      | Organización Mundial de la Salud                  |
| OPS      | Organización Panamericana de la Salud             |
| PDHO     | Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”     |
| PDZP     | Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias |
| PROGRESA | Programa de Educación, Salud y Alimentación       |
| SPS      | Seguro Popular de Salud                           |
| SSA      | Secretaría de Salud                               |

# Resumen ejecutivo

**E**l Sector Salud implementó el sexenio pasado acciones y programas que inciden en los determinantes sociales para reducir las inequidades de salud. Más aún, las políticas públicas intersectoriales que han abordado los determinantes sociales de la salud (DSS) en México son relativamente pocas. Tradicionalmente, el Sector Salud se ha ocupado de la atención a la salud, a pesar de que la carga de la enfermedad se debe en gran parte a las condiciones en las que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes sociales, sin embargo, rebasan el ámbito del Sector Salud. Por ello, se requiere la participación de otros sectores de la administración pública para lograr incidir en DSS como el ingreso, la vivienda, el acceso a agua potable y la educación, entre otros.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está impulsando el desarrollo del enfoque de la Salud en Todas las Políticas (SeTP) para ejercer efectivamente el liderazgo en diseñar e implementar políticas públicas que incidan en los DSS. Este enfoque se construye a partir de experiencias previas en la colaboración intersectorial y las políticas públicas saludables, con el valor agregado de que no se limita a un asunto particular de salud, sino que adopta una aproximación más sistémica al abordar los DSS.

Este enfoque, sin embargo, no es fácil de implementar justamente por su carácter intersectorial. Requiere definir metas comunes, formular respuestas conjuntas e integrales y exige una mayor transparencia y rendición de cuentas a los diferentes organismos gubernamentales participantes. A pesar de estas dificultades asociadas a las acciones intersectoriales, México ha obtenido resultados importantes en eficiencia, equidad y salud en este ámbito de las políticas públicas.

Sobre la base de estos resultados, se seleccionaron cinco casos que aportan lecciones de política pública para diseñar e implementar acciones intersectoriales que inciden en los DSS: el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Seguro Popular de Salud, el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias, la Iniciativa Mexicana para la Seguridad Vial y el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.

En este documento se presentan los principales resultados de un proyecto de investigación solicitado por la Organización Panamericana para la Salud (OPS) para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría de Salud de México cuyo fin es identificar buenas prácticas intersectoriales y políticas públicas eficaces para incidir en los DSS.

## Métodos

Primero se revisaron los programas y políticas que diseñaron e implementaron acciones intersectoriales para abordar los DSS, particularmente entre 2007 y 2012. También se emplearon otros tres criterios para seleccionar a los programas o políticas públicas analizados: emplear algún argumento económico para justificar su diseño o implementación, basarse en evidencia empírica sólida o en resultados de evaluaciones rigurosas. Finalmente, se escogieron programas con diferentes grados de maduración en su implementación para evaluar mejor sus resultados.

Segundo, se hizo una revisión sistemática de la literatura para diseñar un marco de evaluación sobre cómo se formulan los programas o políticas públicas que inciden en los DSS y en qué elementos se basan para su diseño e implementación. En esta revisión se emplearon las siguientes temáticas: artículos que analizaran la estrategia intersectorial, análisis más tradicional de las políticas públicas, economía de las políticas públicas y la literatura no publicada de políticas como informes o documentos técnicos. Tercero, se elaboró un cuestionario para profundizar en los aspectos más cualitativos de la implementación y los resultados de estas políticas públicas sectoriales e intersectoriales. Para ello, se emplearon cinco categorías de análisis: 1) conocimiento de los determinantes de la salud, 2) experiencia y capacidad para la cooperación intersectorial, 3) conocimiento del sector salud, 4) evidencias para la toma de decisiones y 5) argumentos económicos para invertir en políticas públicas intersectoriales.

## Lecciones de México

En términos generales, el análisis de los casos mexicanos seleccionados de política pública muestra por qué un enfoque intersectorial para incidir en los DSS, es tanto recomendable como viable. Sin embargo, resulta difícil de implementar por tres razones. La primera es que los DSS todavía no están completamente arraigados en la cultura política, ni siquiera entre los principales responsables de la toma de decisiones del propio sector salud, todavía sesgado por su formación primordialmente médica. La segunda es que todavía no se ha logrado compartir o asignar presupuestos a diferentes dependencias de gobierno para metas comunes. Por último, subsisten algunas barreras políticas que deben superarse para consolidar la alineación intersectorial. Tanto la voluntad política como el liderazgo al más alto nivel son claves para articular las acciones intersectoriales. También es importante establecer la intersectorialidad desde la fase de planificación cuando se inicia el proceso de diseño de estas políticas públicas.

Los hallazgos del análisis y las entrevistas sugieren que el diseño de políticas públicas basado en evidencias sólidas tiene mayores posibilidades de incorporarse en la agenda política para su implementación. Sin embargo, su éxito depende de los resultados que produzca. Solamente el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y el Seguro Popular han llevado a cabo evaluaciones formales y rigurosas que permiten medir el cumplimiento de sus objetivos. Excepto por el Programa de Desarrollo para Zonas Prioritarias, las dos políticas públicas más recientes analizadas, la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial y el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, todavía se encuentran en una fase temprana de su implementación y no han sido evaluadas a cabalidad.

Por último, los argumentos económicos son necesarios, pero no suficientes para convencer a los responsables de la toma de decisiones tanto del Sector Salud como de otros sectores, de diseñar e implementar políticas públicas que incidan en los DSS. Otros argumentos como las evidencias empíricas de los beneficios sobre la salud de alguna política o el valor mismo de la salud son también útiles para impulsar estas políticas en la agenda, en especial si hay muy pocas evidencias disponibles en términos económicos o monetarios tanto para apoyar como para evaluar estas políticas públicas intersectoriales.



# 1 Introducción

**E**l Sector Salud puso en marcha entre 2007 y 2012, excepto por el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y el Seguro Popular de Salud (SPS), acciones y programas que actúan sobre los determinantes sociales para reducir las inequidades de salud<sup>1</sup>. Sin embargo, son muy pocas las políticas públicas intersectoriales que abordan los determinantes sociales de la salud (DSS)<sup>2</sup> en México. Tradicionalmente, el sector salud se ha ocupado de la atención a la salud, a pesar de que la carga de enfermedad se debe en gran parte a las condiciones en las que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes sociales, sin embargo, rebasan el ámbito del sector salud. Por ello, se requiere la participación de otros sectores de la administración pública para lograr incidir en ciertos DSS como el ingreso, la vivienda, el acceso a agua potable y la educación, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está impulsando el enfoque de “La Salud en Todas las Políticas” para potenciar el impacto en la salud. Esta perspectiva aborda los factores sociales que influyen en la salud, los cuales se encuentran fuera del campo de acción del sistema de salud en otros sectores gubernamentales. “La Salud en Todas las Políticas” se basa en la colaboración intersectorial, abordando los problemas de salud sistémicamente<sup>3</sup>.

Este enfoque, sin embargo, no es fácil de implementar justamente por su carácter intersectorial. Requiere definir metas comunes, formular respuestas conjuntas e integrales y exige

una mayor transparencia y rendición de cuentas a los diferentes organismos gubernamentales participantes. A pesar de estas dificultades asociadas a las acciones intersectoriales, México ha obtenido resultados importantes en eficiencia, equidad y salud en este ámbito de las políticas públicas. Destacan dos experiencias: el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y el Seguro Popular de Salud (SPS). La primera es una estrategia intersectorial innovadora iniciada hace quince años<sup>4</sup> y el SPS, un esquema de aseguramiento de creación más reciente destinados a proteger financieramente los ingresos de las familias no cubiertas por la seguridad social. El PDHO permite evaluar la eficacia de acciones conjuntas de varias dependencias del gobierno para impulsar una estrategia intersectorial en la formulación de políticas públicas dirigidas a incidir en la pobreza. El SPS muestra evidencias empíricas acerca de la eficacia de políticas públicas impulsadas desde el propio sector salud para incidir en ciertos determinantes sociales como el ingreso de las familias que viven en condiciones de pobreza.

Basado en estas experiencias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) seleccionó a México como un estudio de caso que podría brindar lecciones globales para diseñar e implementar acciones intersectoriales para incidir en los DSS. Se trata de un proyecto de investigación contratado por la Organización Panamericana para la Salud (OPS) para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría de Salud de México cuyo fin es identificar buenas prácticas intersectoriales y políticas públicas eficaces en esta materia.

<sup>1</sup> La inequidad es la presencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles entre grupos de población definidos social, económica o geográficamente (Starfield, 2011).

<sup>2</sup> Los determinantes sociales son “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud, o dicho en otras palabras, la manera en que las personas viven y trabajan que afecta la salud” (OPS-MINSAL 2008). Si bien hay diversas interpretaciones, algunos conceptos prevalecen como son pobreza, desigualdad, empleo, educación, todas variables que frecuentemente están relacionadas con ingreso, características de los hogares y comunidades, acceso a la formación de capacidades humanas.

<sup>3</sup> WHO, 2010.

<sup>4</sup> Entre los resultados más importantes en materia de salud pueden destacarse, entre otros, Berhman et al, 2008; González de la Rocha et al, 2008; Gutiérrez et al, 2008; Hernández et al, 2004.

Para ello se propuso primero un marco analítico para evaluar cómo se diseñaron e implementaron estas políticas públicas para incidir en los DSS y qué efectos han tenido tanto en los DSS como en la salud misma. También se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura y se realizaron entrevistas a profundidad con actores clave que participaron en estos procesos de diseño e implementación. En este documento se propone un marco analítico para evaluar cómo se diseñaron e implementaron estas políticas públicas para incidir en los DSS y qué efectos han tenido tanto en los DSS como en la salud misma. Finalmente, se incorporaron los resultados de otro estudio complementario que exploraron cómo puede justificarse económicamente<sup>5</sup> su aplicación para que los principales responsables de la toma de decisiones pongan en marcha políticas públicas que atiendan eficazmente estos determinantes sociales para mejorar la salud de la población mexicana. Los principales objetivos son los siguientes:

- 1) Formular un marco conceptual para evaluar la eficacia de los programas o políticas públicas intersectoriales que inciden en los DSS.
- 2) Analizar los procesos de implementación de esta estrategia intersectorial para identificar evidencias que permitan fomentar el abordaje de los determinantes sociales en la formulación de políticas públicas.
- 3) Identificar buenas prácticas y estrategias efectivas (incluyendo argumentos económicos y estructuras de gobernanza que motivan la acción intersectorial para mejorar los DSS y reducir la inequidad en salud).
- 4) Formular algunas recomendaciones para apuntalar el liderazgo de la Secretaría de Salud, como cabeza de sector en México, basadas en una estrategia centrada en los DSS.
- 5) Identificar lecciones de política pública para el diseño e implementación de políticas públicas futuras tanto en México como en otros países.

## 2 Métodos

Primero, se revisaron los programas y políticas identificados por el Grupo de Trabajo en DSS<sup>6</sup>. Se seleccionaron principalmente aquellos que trazaron acciones intersectoriales para cumplir con sus metas. Intersectoriales son aquellas acciones

realizadas por otros sectores en colaboración con el sector salud para alcanzar determinados objetivos en salud o para incidir en los determinantes sociales de la salud.<sup>7</sup> También se analizaron políticas públicas formuladas por el Sector Salud para incidir en los DSS.

Esta primera fase de la investigación se basó principalmente en la revisión de los documentos oficiales publicados, analizando los programas o políticas públicas definidas por el gobierno federal<sup>8</sup> que abordaron los determinantes sociales de la salud, principalmente las estrategias intersectoriales. Inicialmente se pueden identificar cinco: el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Seguro Popular de Salud, el Programa de Desarrollo de Zonas Prioritarias, la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial y el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.

El Cuadro 1 muestra los 5 criterios empleados para seleccionar los programas o políticas públicas analizados: por un lado, que fueran diseñados explícitamente para atender un determinante social de la salud; por otro, que hubieran utilizado algún argumento económico para justificar su diseño o implementación o bien, que estuvieran basados en evidencias empíricas sólidas o en resultados de evaluaciones rigurosas. Finalmente, se escogieron programas con diferentes grados de maduración como puede verse en el mismo cuadro que muestra el año en que se inició su implementación.

Segundo, se realizó una revisión sistemática de la literatura<sup>9</sup> para diseñar un marco de evaluación de cómo se formulan o en qué se basan los programas o políticas públicas que inciden en los DSS. Para esta revisión se emplearon las siguientes temáticas: artículos que analizaran la estrategia intersectorial, análisis más tradicional de políticas públicas, economía de políticas públicas y la literatura no publicada de políticas como informes o documentos técnicos. Este marco de evaluación permitió analizar los procesos de implementación de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales identificadas para mostrar evidencias que permitan justificar el abordaje de los determinantes sociales en la formulación de políticas públicas.

<sup>5</sup> Justificación económica se refiere a la rentabilidad de las políticas públicas. Es decir, si existen resultados en el mediano y largo plazo, tales como impacto en salud o ahorro presupuestal que fundamenten la inversión de estas políticas públicas intersectoriales.

<sup>6</sup> Este grupo de trabajo se conformó expresamente para realizar esta investigación. Sus integrantes son además del autor principal de este documento, Diego González de la OPS, Alejandro Figueroa, el consultor economista que analizará los argumentos económicos, así como Paulina Terrazas y Guadalupe López de Llergo de la Secretaría de Salud.

<sup>7</sup> Health Equity Through Intersectoral Action

<sup>8</sup> Para fines de esta investigación solamente se revisarán programas o políticas federales.

<sup>9</sup> Exworthy 2008

**Cuadro 1: Criterios de selección de los casos de política pública en México**

| Política pública                             | DSS                             | Argumento económico | Diseño basado en evidencias | Resultados de evaluación | Año de inicio |
|--|---------------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------|
| Oportunidades                                | Pobreza                         | Sí                  | Sí                          | Sí                       | 1997          |
| Seguro Popular                               | Ingreso                         | Sí                  | Sí                          | Sí                       | 2002          |
| Zonas Prioritarias para el Desarrollo Social | Subdesarrollo de acuerdo al IDH | Sí                  | Sí                          | No                       | 2003          |
| Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial        | Educación                       | Sí                  | Sí                          | Sí                       | 2008          |
| Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria   | Educación                       | Sí                  | Sí                          | No                       | 2010          |

Tercero, se elaboró un cuestionario<sup>10</sup> para profundizar en los aspectos más cualitativos de la implementación y los resultados de estas políticas públicas sectoriales e intersectoriales, mediante el abordaje de cinco categorías de análisis:

- 1) conocimiento de los determinantes de la salud,
- 2) experiencia y capacidad para la cooperación intersectorial,
- 3) conocimiento del sector salud,
- 4) evidencia para la toma de decisiones y
- 5) argumentos económicos para invertir en políticas públicas intersectoriales.

Se hicieron quince entrevistas<sup>11</sup> con actores clave de la administración pública, la academia y expertos internacionales para identificar lecciones aprendidas, áreas de oportunidad, debilidades y obstáculos de este enfoque para actuar sobre los DSS. Se seleccionaron preferentemente especialistas y protagonistas de estos procesos de políticas públicas que tuvieran al menos diez años de experiencia.

Finalmente, algunas lecciones de política pública, son presentadas en este documento.

### 3 Marco analítico para las políticas públicas intersectoriales

Para evaluar cómo se formulan e implementan las políticas públicas se diseñó un marco analítico basado en la revisión de la literatura sobre enfoques intersectoriales, sobre políticas que inciden en los determinantes sociales de la salud y sobre el análisis de las políticas públicas en general.<sup>12</sup> Este marco como lo muestra la Figura 1 plantea el proceso de diseño e implementación de este tipo de políticas públicas como un círculo virtuoso.

Las políticas públicas se plantean, primero, basadas en determinadas evidencias que muestran su viabilidad para implementarlas. Estas evidencias incluyen desde diagnósticos de un problema de salud pública, pasando por buenas prácticas de políticas similares hasta argumentos económicos como el costo-eficacia de determinadas políticas.

La segunda fase consiste en el diseño de la política pública sectorial o intersectorial para luego implementarla. El proceso de implementación se analizará empleando las tres dimensiones sugeridas por la Figura 2: visión política compartida, alineación sectorial y evaluación basada en evidencias.

<sup>10</sup> Las preguntas del cuestionario pueden revisarse en el Anexo 2 de este documento. Su contenido está basado en preguntas realizadas para fines similares de otros estudios realizados por DETERMINE, un consorcio para la acción en DSS de la Unión Europea.

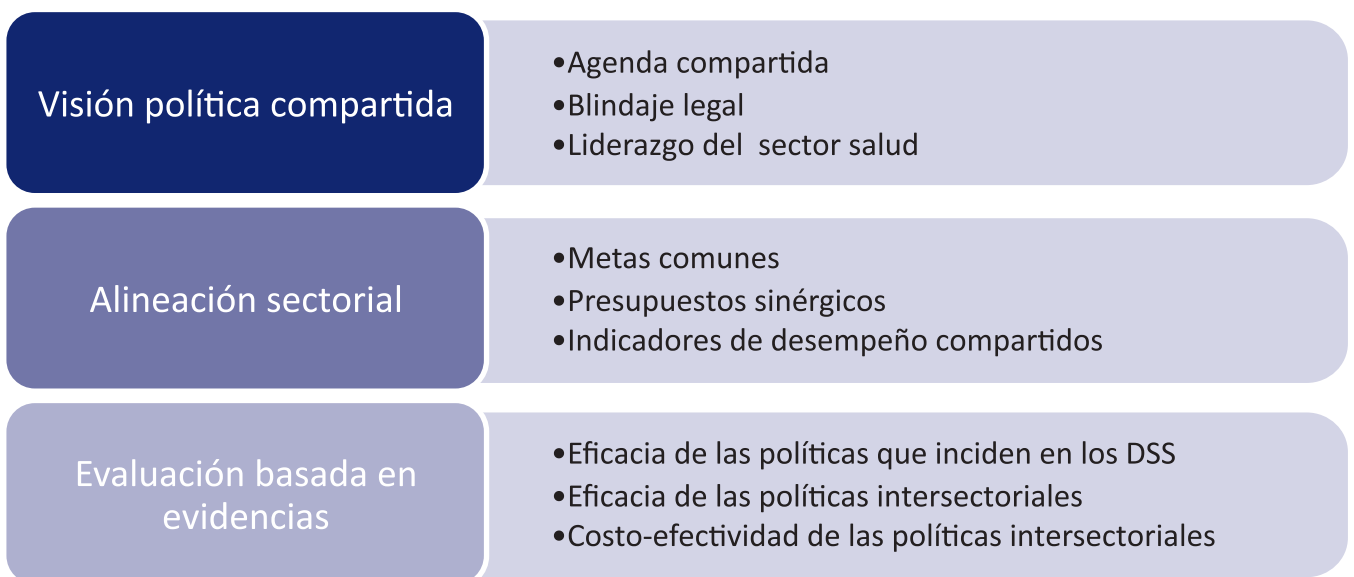
<sup>11</sup> Un proyecto parecido realizado en Europa logró completar cerca de 30 entrevistas, pero en un periodo de tiempo mayor y con la participación de más de 15 investigadores.

<sup>12</sup> Moresting 2011, Exworthy 2008, Chomik 2007, Jorgensen 2006, Health Canada 2000, Kaleagonkar y Brown 2000.

**Figura 1: Marco analítico para las políticas públicas intersectoriales: un círculo virtuoso**



**Figura 2: Intersectorialidad de las políticas públicas: dimensiones del análisis**



Exponer con claridad hacia dónde se quiere llegar con una política pública es fundamental en una política pública intersectorial. Se requiere definir una agenda conjunta y una cabeza que ejerza un liderazgo efectivo para impulsarla. Las diferentes dependencias o sectores del gobierno participantes deben alinear sus metas, definiendo objetivos comunes, maximizando presupuestos y monitoreando su desempeño con indicadores compartidos.

Finalmente la política debe implementarse en base a las evidencias empíricas disponibles, tanto de los efectos que han tenido en los DSS políticas públicas similares, como del efecto sinérgico de políticas intersectoriales y las evidencias económicas que sustenten su inversión.

La tercera fase permite evaluar cualitativamente el proceso de implementación de la política pública intersectorial en la que se identifican fortalezas, áreas de oportunidad para mejorar tanto su diseño como su operación, debilidades en el diseño, así como obstáculos para su operación en el corto plazo y amenazas para su viabilidad en el largo plazo.

Finalmente, los resultados del seguimiento y evaluación de la política pública intersectorial permiten completar el círculo mediante el aporte de evidencias para demostrar la eficacia o el impacto de la misma a fin de continuarla o aumentar su escala si los resultados son positivos, o bien mejorarla o descartarla, si ocurren efectos no deseados o los resultados no son satisfactorios.

## 4 Análisis del diseño e implementación de las acciones intersectoriales

Cinco políticas públicas que inciden en los DSS se seleccionaron para el análisis: el PDHO, el SPS, el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP), la Iniciativa Mexicana para Seguridad Vial (IMESEVI) y el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA). Todos comparten los criterios definidos en el Cuadro 1. Sus diferencias radican en el año de su implementación y el grado de eficacia logrado en incidir en los determinantes sociales para los que fueron diseñados. El PDHO y el PDZP son coordinados por la Secretaría de Desarrollo Social, mientras que los otros tres los coordina la Secretaría de Salud.

<sup>13</sup> Levy, 2006.

<sup>14</sup> Progresá significa Programa de Educación, Salud y Alimentación.

<sup>15</sup> Levy, 2006.

<sup>16</sup> Levy, 2006.

## 4.1 Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

Oportunidades es un programa de transferencias condicionadas creado en 1997 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 estas capacidades, el Programa transfiere a las familias recursos monetarios y en especie si cumplen con la responsabilidad de llevar a sus hijos a la escuela, asistir regularmente a los servicios de salud con fines fundamentalmente preventivos y alimentarlos nutritivamente. Esta responsabilidad la asume también el gobierno federal con la transferencia de recursos y la provisión de servicios. La Secretaría de Desarrollo Social coordina la planificación, operación y evaluación del PDHO mientras que el Sector Salud y la Secretaría de Educación Pública ejercen los recursos y ofrece los servicios.

El diseño de esta política pública se basó en evidencias empíricas sólidas. Alrededor de dos décadas antes de su implementación, ya existía una importante literatura proveniente tanto de las ciencias sociales como de las ciencias de la salud que permitió entender mejor las causas de la pobreza.<sup>13</sup> Esta investigación exploraba los vínculos entre la ingesta de alimentos, la nutrición, la salud y la educación, y sugería adoptar un enfoque integral para prestar servicios más eficaces a fin de atender las necesidades de la gente que vivía en condiciones de pobreza. Este conocimiento sustentó el diseño de Oportunidades, entonces llamado PROGRESA.<sup>14</sup>

Más aún, esta novedosa forma de atender la pobreza fue muy bien recibida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, ya que sustituiría los subsidios tradicionales a los alimentos, los cuales no estaban siendo eficaces para proteger los bolsillos de los más pobres, fundamentalmente porque la población que más se beneficiaba de estos subsidios generalizados era la de mayores ingresos y porque, en aquel entonces, la cobertura de los programas focalizados era muy limitada en las zonas rurales, donde la pobreza era mayor.<sup>15</sup>

Tanto las evidencias empíricas acumuladas como los argumentos económicos contribuyeron a convencer a los miembros del Gabinete de hacer ajustes a los subsidios y a los programas de combate a la pobreza existentes entonces y diseñar Progresá hace quince años.<sup>16</sup>



Sin embargo, compartir esta visión política de abordar la pobreza no fue tarea fácil. El liderazgo del Presidente de turno fue crucial para la ejecución de este programa. Para blindarlo jurídicamente, en 1997 se emitió un decreto presidencial.<sup>17</sup>

Desde entonces, esta estrategia de combate a la pobreza, requirió la participación intersectorial de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), la Secretaría de Salud (SS), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Así se fue institucionalizando la alineación sectorial que permitió coordinar las acciones de los diversos organismos gubernamentales para su implementación.

También se definieron entonces metas comunes para todas las Secretarías involucradas. Se asignaron presupuestos a cada una de ellas para cumplir esos objetivos y se diseñaron indicadores para medir su desempeño. Estas metas e indicadores se publican anualmente en las Reglas de Operación del Programa y son monitoreados periódicamente por la Cámara de Diputados, la Secretaría de Hacienda y la Secretaría de la Función Pública.

Además, se creó un comité técnico compuesto por representantes de todas las Secretarías participantes para evaluar el programa. Este Comité se reúne periódicamente para dar seguimiento al programa y para tomar decisiones conjuntas de cambios al diseño para mejorar su operación.

Finalmente, la evaluación ha desempeñado un papel fundamental para la continuidad del programa, lo cual ha permitido su permanencia después de cuatro cambios sexenales. Desde sus inicios, el PDHO ha sido evaluado en forma sistemática por investigadores e instituciones académicas externas, tanto nacionales como internacionales. Ambos no sólo han medido su impacto y efectos, sino que también han identificado áreas de oportunidad para mejorar su diseño y operación. Así, la evidencia empírica de las evaluaciones ha contribuido significativamente a su institucionalización, al demostrar los logros alcanzados y guiar la toma de decisiones para mejorar su eficacia y potenciar su impacto.<sup>18</sup> El Cuadro 2 resume algunos de los hallazgos más importantes de las evaluaciones de los quince años del programa.

**Cuadro 2: Principales hallazgos de las evaluaciones de Oportunidades**

| Salud  | Educación  | Nutrición   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mayor utilización de servicios ambulatorios, tanto preventivos como curativos en áreas rurales (35%) y urbanas (26%).</li> <li>▪ La mortalidad materna se redujo 11%, mientras que la materno infantil se redujo 2% a nivel nacional.</li> <li>▪ Se redujo en alrededor de 20% el número de días-enfermedad en niños menores de 5 años en áreas rurales.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un año adicional de escolaridad entre los adolescentes de 15-19 años que recibieron becas durante 10 años en áreas rurales y 0,6 año adicional en aquellos que recibieron la beca durante 6 años.</li> <li>▪ Mayor tasa de inscripción (23%) de los becarios de Oportunidades en secundaria, comparada con los estudiantes que no reciben becas de Oportunidades.</li> <li>▪ Menores tasas de deserción (23%) entre los adolescentes de 16-19 años becarios de Oportunidades en zonas urbanas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentó la talla 1.1 cm en zonas rurales de los menores de 6 meses en el grupo de tratamiento comparada con la talla del grupo control.</li> <li>▪ Aumentó la talla en 1.42 cm en menores de 2 años en áreas urbanas en el grupo de tratamiento comparado con el grupo control.</li> </ul> |

Fuente: Oportunidades: Quince años de resultados, 2012.

<sup>17</sup> Este decreto se promulgó el 8 de agosto de 1997, cuando se creó la Coordinación Nacional del programa, la agencia gubernamental encargada de la operación del Programa y dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social.

<sup>18</sup> Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2008.

Aunque Oportunidades ha logrado importantes resultados en estos quince años, enfrenta también retos en el mediano y largo plazo. El principal reto en el mediano plazo es abatir el rezago de los hogares cuyas condiciones de pobreza impiden superar los bajos niveles de asistencia y terminación escolar en secundaria y preparatoria. Estos bajos niveles de asistencia y terminación escolar se deben a tres factores fundamentalmente.

Uno es la mala calidad de la educación. Otro es el alto costo de oportunidad de asistir a la escuela y de no trabajar en los adolescentes. El propio PDHO puede hacer muy poco en estos ámbitos propios del sector educativo. Sin embargo, el tercero, la mala formación con la que llegan estos estudiantes a secundaria y preparatoria depende en buena medida de cómo llegan preparados a la educación formal impartida en la primaria, inclusive desde la etapa preescolar.

Durante los primeros cinco años de vida se sientan las bases para el desarrollo físico y mental que los niños tendrán en su vida como adultos. Las intervenciones durante estas etapas tempranas de la vida son sumamente importantes por su impacto en el desarrollo fisiológico y neurológico. Los niños desarrollan, en los primeros cinco años de vida, el lenguaje, el entendimiento temprano de las matemáticas y de la lectura.

Más aún, en la medida en que los niños manejen estas habilidades, su rendimiento escolar será mayor en el largo plazo.<sup>19</sup> Para desarrollar estas

capacidades, el PDHO y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) implementaron desde el 2008 un proyecto de innovación para evaluar los efectos de la estimulación temprana en nutrición, salud y desarrollo (motriz, de lenguaje, cognitivo y socioemocional) de los niños beneficiarios del PDHO, así como para identificar las mejores modalidades de su implementación.

Actualmente la evaluación de impacto de este piloto está por arrojar sus primeros resultados. Está pendiente también la vinculación de esta estrategia con otras iniciativas para lograr incentivar actividades productivas a favor del desarrollo y no sólo elevar provisionalmente el consumo de corto plazo en las familias beneficiarias.

## 4.2 Seguro Popular de Salud <sup>20</sup>

El Seguro Popular es una política pública que busca proteger financieramente los ingresos de las familias que no están cubiertas por la seguridad social, particularmente para contribuir a la protección del ingreso de las familias de más bajos ingresos, así como para disminuir las inequidades entre los trabajadores formales y los no formales en el gasto de bolsillo que hacen las personas al atender un problema de salud.

Su diseño en 2001, fue sustentado en evidencias empíricas que planteaban básicamente cinco aspectos económicos por atender relacionados con el financiamiento de la atención de salud definidos en el Cuadro 3.

### Cuadro 3: Problemas económicos identificados para justificar la implementación del Seguro Popular

- 1) Bajo nivel de inversión en salud como porcentaje del PIB en comparación con países de América Latina con ingresos similares
- 2) Gasto de bolsillo como principal fuente para financiar la atención de la salud, principalmente en la población de menores ingresos
- 3) Distribución no equitativa de recursos entre instituciones de salud y entre áreas geográficas
- 4) Falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno
- 5) Subinversión en infraestructura y creciente destino del gasto público hacia la nómina<sup>21</sup>

Fuente: Secretaría de Salud, 2005.

<sup>19</sup> Nadeau et al, 2011.

<sup>20</sup> Aunque el Seguro Popular no es estrictamente una política pública intersectorial, hay interacciones entre las Secretarías de Salud y de Hacienda. Se seleccionó como estudio de caso porque posee las tres dimensiones definidas en el marco analítico: visión política compartida, alineación sectorial y diseño basado en evidencias.

<sup>21</sup> Frenk et al, 2004.

El diagrama de la Figura 3 muestra uno de los más convincentes argumentos económicos empleados para impulsar al Seguro Popular como un instrumento para revertir el predominio del gasto de bolsillo como la principal fuente de financiamiento de la atención en salud en México. En aquel entonces, el gasto de bolsillo representaba el 55% del gasto en salud, en contraste con el 42% del gasto público.

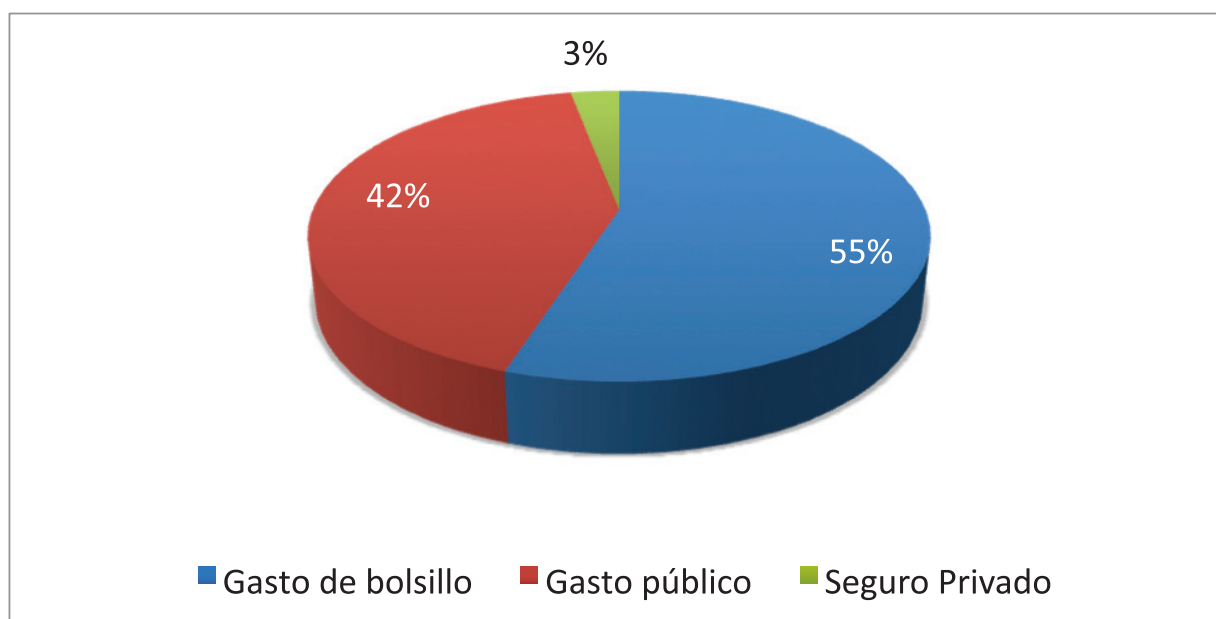
Estos argumentos económicos fueron empleados inicialmente antes de la implementación del Seguro Popular para convencer a los principales responsables de la toma de decisiones en materia presupuestaria para poder alcanzar un Sistema Nacional de Salud más equitativo financieramente. Otro argumento utilizado por los responsables de la toma de decisiones en la Secretaría de Salud fue el efecto protector que tendría el Seguro Popular sobre los ingresos de las familias, con lo cual se evitaría su empobrecimiento.<sup>22</sup>

Diversos estudios nacionales e internacionales aportaron las evidencias empíricas en que se sustentó esta estrategia basada en información económica.<sup>23</sup> El marco de la OMS para medir el desempeño de los sistemas de salud enfatizaba la justicia financiera como uno de los principales objetivos de los sistemas de salud. De acuerdo

con este esquema, México fue evaluado con un desempeño deficiente, resultado de su alto porcentaje de gasto de bolsillo. Otros estudios más específicos, basados en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto 2000, mostraron que estos gastos de bolsillo representaban un porcentaje del gasto todavía mayor en las familias sin seguridad social y de más bajos ingresos.<sup>24</sup>

Antes de la implementación, en el 2001, se hizo un estudio piloto. Éste se evaluó en el 2002, mediante una Encuesta Nacional de Aseguramiento para medir cuantitativamente la disposición a asegurarse bajo este esquema y bajo qué condiciones. Entre los principales hallazgos, se encontró el alto porcentaje de familias dispuestas a afiliarse a este esquema de aseguramiento voluntario, en particular si el Seguro Popular cubría las enfermedades crónicas, incluso los medicamentos. Tanto la encuesta como los grupos focales revelaron que las familias estarían dispuestas a pagar por una cuota si la cobertura fuera realmente efectiva. Estos resultados contribuyeron a tomar la decisión de aumentar la escala del programa de 60 mil familias en cinco estados, con la que se inició la fase piloto, a más de 600 mil familias en el 2003, cuando se aprobó la modificación a la Ley General de Salud con la cual se blindaba jurídicamente al Seguro Popular.<sup>25</sup>

**Figura 3: Problemas economicos identificados para justificar la implementacion del Seguro Popular**



Fuente: Secretaría de Salud, 2003.

<sup>22</sup> Frenk, 2006.

<sup>23</sup> Murray et al, 2001; Knaul, 2003; Xu et al, 2003.

<sup>24</sup> Frenk, 2006.

<sup>25</sup> Ortiz, 2006.

En suma, estos argumentos económicos contribuyeron a que las Secretarías de Salud y de Hacienda compartieran una misma visión. También les permitió alinear recursos con metas e indicadores comunes. El Programa Nacional de Salud, 2007-2012 definió dos objetivos estratégicos para evitar el empobrecimiento de las familias 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 con la primera meta, el gasto de bolsillo se redujo de 51,7% del gasto total en salud en el 2004 a 47,1% en el 2010, según las cifras disponibles más recientes del Seguro Popular.<sup>26</sup> Reducir el porcentaje de familias que incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud, la segunda meta, se superó al pasar de 3,6% en el 2004 a 2,8% en el 2010, lo cual representa una disminución de 20,6%.<sup>27</sup>

En suma, el Seguro Popular está cerca de alcanzar las metas estratégicas formuladas para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. Sin embargo, estos logros plantean retos adicionales en el mediano y largo plazos. Aunque el Seguro Popular alcance la afiliación universal de su población objetivo, todavía tendrá que fortalecer la oferta de servicios de salud para lograr el acceso y la cobertura efectivos.

### 4.3 Iniciativa Mexicana para la Seguridad Vial (IMESEVI)

IMESEVI es una estrategia intersectorial encabezada por la Secretaría de Salud con la participación conjunta de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y la Secretaría de Seguridad Pública. Su finalidad es reducir las lesiones, discapacidades y muertes asociadas con la vialidad. Se trata fundamentalmente de acciones de promoción de la seguridad vial, prevención de lesiones y atención de la población lesionada.<sup>28</sup> Su implementación inició en el 2008 después de que un estudio reveló que los esfuerzos aislados de múltiples instituciones y agencias de gobierno no eran eficaces para enfrentar este problema multisectorial de salud pública.<sup>29</sup>

La coordinación resultaría esencial para lograr los objetivos comunes de reducir las lesiones asociadas con la vialidad y sus efectos nocivos sobre la salud. Además de estas metas compartidas, la alineación sectorial fue posible gracias al apoyo financiero de la Fundación Bloomberg y el apoyo técnico de la OMS y la OPS.<sup>30</sup>

Tradicionalmente, se asignaban muy pocos recursos a la Secretaría de Salud para prevenir lesiones antes de que la IMESEVI se pusiera en marcha. Sin recursos suficientes no podían lograrse muchos resultados. Sin embargo, con el liderazgo del Centro Nacional para la Prevención de Accidentes (CENAPRA), la agencia gubernamental de la Secretaría de Salud encargada de estos asuntos junto con el respaldo internacional de la OMS en el marco del Decenio de Acción para la Seguridad Vial, esta iniciativa que comenzó como un estudio piloto pronto se convirtió en una estrategia nacional.

Las evidencias empíricas sólidas internacionales también contribuyeron a impulsar esta iniciativa, en especial en la identificación de opciones eficaces de política pública. Según la OMS, cerca de la mitad del total de muertes relacionadas con el tráfico a nivel mundial está relacionada con la situación vulnerable de tres usuarios de las vías públicas: los peatones, los ciclistas y los motociclistas. En México, estos usuarios representan aproximadamente 60% del total de muertes en la vía pública.<sup>31</sup>

En el Cuadro 4 se resume el impacto de estas lesiones relacionadas con el tráfico en términos de mortalidad, que reveló la importancia de atender este problema de salud pública entre los responsables de la toma de decisiones en México. En términos de su impacto económico, si se suman las lesiones y las discapacidades, éste asciende a casi 10 mil millones de dólares anuales.<sup>32</sup>

<sup>26</sup> Knaul et al, 2012.

<sup>27</sup> Knaul et al, 2012.

<sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2012.

<sup>29</sup> Secretaría de Salud, 2009.

<sup>30</sup> Secretaría de Salud, 2009.

<sup>31</sup> Hajar et al, 2012.

<sup>32</sup> [www.cenapra.salud.gob.mx/interior/seguridad\\_vial.html](http://www.cenapra.salud.gob.mx/interior/seguridad_vial.html)

## Cuadro 4: Impacto de las lesiones viales en México

Entre 1999 y el 2010, fallecieron 185 mil personas debido a lesiones causadas por el tráfico.

Esta cifra es probablemente 30% mayor debido a que la información sobre estas muertes no se registra o está mal clasificada

Los peatones son los usuarios más vulnerables de las vías ya que representan casi la mitad de las muertes causadas por el tráfico.

Entre 1999 y el 2009, la tasa de mortalidad de los motociclistas se incrementó en 332%.

Fuente: Hijar et al, 2012.

Para prevenir estas muertes y lesiones en general asociadas a incidentes viales, IMESEVI fomenta acciones para incidir en los factores de riesgo: no conducir bajo la influencia del alcohol, aplicar los límites de velocidad, promover el uso de cinturones de seguridad y de asientos para niños en autos, así como el uso de cascos en motociclistas. El cuadro 5 muestra algunos de los efectos positivos de cuatro instrumentos impulsados por la IMESEVI para fomentar el uso de dispositivos con miras a prevenir lesiones y muertes resultantes del tráfico de acuerdo a los resultados preliminares de las evaluaciones realizadas. Los mayores efectos se han logrado en el uso de asientos infantiles, donde posiblemente se ha alcanzado una mayor conciencia entre los usuarios acerca de su seguridad.

Estos hallazgos también muestran evidencias de que la promoción de la salud a través de campañas de comunicación debe acompañarse de acciones conjuntas del sector de seguridad pública para aplicar los reglamentos de tránsito y asegurar el uso de estos instrumentos como los cinturones de seguridad y los asientos infantiles.

El soporte legal de la IMESEVI se logró con un acuerdo firmado en el 2011, entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, además de la participación de gobiernos estatales y municipales. Se requiere, sin embargo, la firma de la Secretaría de Seguridad Pública, la cual es fundamental para poder aplicar cabalmente el reglamento de tránsito.

## Cuadro 5: Algunos resultados de la evaluación del IMESEVI

| Instrumento             | Población objetivo    | Mayor uso |
|-------------------------|-----------------------|-----------|
| Cinturones de seguridad | Todos los usuarios    | 12%       |
| Asientos infantiles     | >5 años               | 48%       |
| Cinturones de seguridad | Usuarios de taxi      | 28%       |
| Asientos infantiles     | Camionetas familiares | 56%       |

Fuente: CENAPRA, 2010.



La definición de metas comunes orientadas a reducir las muertes relacionadas con el tráfico en un 50%, así como a disminuir las lesiones y las discapacidades contribuyeron a la alineación sectorial.<sup>33</sup> Sin embargo, estos indicadores solamente se miden en el ámbito nacional. También es necesario definir indicadores tanto estatales como locales para que las autoridades en estos ámbitos también se alineen con acciones propias. Más aún, el presupuesto requerido para aplicar cabalmente la IMESEVI no se ha estimado con precisión, de modo que no se sabe exactamente cuántos recursos hacen falta para cumplir estas metas.

En suma, la IMESEVI es una política pública intersectorial que promueve la seguridad vial, al incidir en factores de riesgo para prevenir lesiones, discapacidades y muertes. También se trata de una política pública que se diseñó e implementó sobre la base de evidencias empíricas sólidas. Finalmente, los argumentos económicos fueron particularmente convincentes para insertar esta iniciativa en la agenda política de la Secretaría de Salud y otros sectores como el de Comunicaciones y Transportes y el de Seguridad Pública, además de autoridades estatales y locales.

#### 4.4 Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)<sup>34</sup>

Este programa se rediseñó en 2003 para articular las acciones intersectoriales orientadas a atender integralmente los rezagos vinculados con la infraestructura básica comunitaria y la carencia de servicios básicos en las viviendas en los municipios que conformaban el universo de la Estrategia 100 acciones en 100 municipios. Esta estrategia funcionaba a través de seis ejes rectores: salud, educación, vivienda, generación de ingreso y fortalecimiento de la actividad económica, infraestructura social básica y protección de los recursos naturales, que articulan acciones entre sí con el propósito de promover el desarrollo social y económico tanto de las familias como del municipio en general.

Estas acciones tienen como objetivo la atención integral de los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH).<sup>35</sup> El Cuadro 6 muestra la distribución de los municipios en las siete entidades federativas del país.

**Cuadro 6: 125 municipios de menor IDH por entidad federativa**

| Estados      | Municipios              | IDH         |
|--------------|-------------------------|-------------|
| Chiapas      | 20                      | 0,49        |
| Durango      | 1                       | 0,52        |
| Guerrero     | 21                      | 0,45        |
| Nayarit      | 1                       | 0,49        |
| Oaxaca       | 58                      | 0,51        |
| Puebla       | 9                       | 0,55        |
| Veracruz     | 15                      | 0,52        |
| <b>TOTAL</b> | <b>125<sup>36</sup></b> | <b>0,50</b> |

Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

La población en los municipios de Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Veracruz y Nayarit es predominantemente indígena donde vive el millón de mexicanos más pobres del país. Casi una tercera parte de sus defunciones son atribuibles a enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción. El riesgo de morir por una enfermedad transmisible es dos veces mayor que en el resto del país, mientras que por un padecimiento carencial o una causa materna es tres veces más alto.<sup>37</sup>

<sup>33</sup> Leenan et al, 2008.

<sup>34</sup> Este Programa fue resultado de la fusión de los Programas de Desarrollo Local, Microrregiones y de Apoyo a Zonas de Atención Prioritaria de SEDESOL.

<sup>35</sup> El IDH es un índice del desarrollo humano elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, acceso a educación y un nivel de vida digno. El índice captura valores entre 0 y 1, donde 1 significa máximo desarrollo y 0 ningún desarrollo.

<sup>36</sup> El total de municipios suman 125 y no 100 ya que se decidió ampliar la cobertura a 25 municipios porque tenían un IDH muy similar al de los otros 100.

<sup>37</sup> Gobierno Federal, 2007.

La esperanza de vida en estos municipios es mucho menor que el promedio nacional, siendo de 51 años para la mujer y de 49 para los hombres. Más de la mitad de las muertes infantiles ocurren en el primer mes de vida y se deben a enfermedades perinatales y congénitas, con lo que los menores de un año presentan un riesgo dos veces mayor que el resto del país, en los preescolares el riesgo aumenta a 4,1 en las niñas y a 3,7 veces en los niños. En los adolescentes de estas comunidades el riesgo de morir es 1,5 veces mayor que en los demás municipios.<sup>38</sup>

Esta estrategia es fundamentalmente un esquema de coordinación de las dependencias y organismos federales para que converjan recursos y acciones del gobierno federal de manera organizada en los territorios prioritarios, en coordinación con los gobiernos estatales y municipales, para desarrollar a los municipios más pobres y más marginados de México.<sup>39</sup>

También se definieron metas enfocadas a elevar el nivel de salud de la población de los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) como muestra el Cuadro 7. Sin embargo, el avance fue modesto y resulta difícil atribuir la mejora en los indicadores a un programa en particular.

Esta estrategia fue bien concebida para integrar todos los programas federales focalizados para atender los rezagos en infraestructura básica en las zonas geográficas menos desarrolladas del país. Sin embargo, el efecto sinérgico que potencialmente debería haber sido mayor a la suma individual de los efectos de los programas por separado, no se produjo porque nunca se pudieron articular a cabalidad los esfuerzos de las diversas dependencias participantes a lo largo de la presente administración. Entre otras, participaron las Secretarías de Salud, Comunicaciones y Transportes, Educación Pública, así como la Comisión Nacional del Agua y la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas.

Esta falta de alineación intersectorial se debió a que la Secretaría de Desarrollo Social, como coordinadora del programa, no ejerció un liderazgo eficaz. Aunque en sus inicios, las dependencias participantes compartieron con entusiasmo la misma visión de reducir conjuntamente las inequidades de los municipios menos desarrollados del país, muy pronto la estrategia perdió fuerza ante el papel que desempeñó la SEDESOL, quien se limitaba en las reuniones de trabajo a recopilar la información de las dependencias sin realmente integrarla en un solo informe que documentara los avances reales de la estrategia.

### Cuadro 7: Indicadores de los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Salud

| Indicador  | Unidad  | Línea basal | 2009             | 2012  |
|--|---|-------------|------------------|-------|
| Razón de la mortalidad materna en los 100 municipios con menor IDH   | Razón de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos | 187,7       | 138,5            | 93,85 |
| Tasa de mortalidad infantil en los 100 municipios con menor IDH  | Tasa por mil nacidos vivos                          | 34,5        | 33,5             | 19,5  |
| Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años con bajo peso para su talla en los 100 municipios con menor IDH | Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición    | 8,7         | ND <sup>40</sup> | 7     |

Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

<sup>38</sup> Gobierno Federal, 2007.

<sup>39</sup> Gobierno Federal, 2007.

<sup>40</sup> ND: No disponible. Esta cifra estará disponible cuando se analicen los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

De hecho, la Presidencia dejó de dar seguimiento a esta estrategia y la Secretaría de Desarrollo Social fue perdiendo gradualmente autoridad frente a las otras dependencias de los gobiernos estatales y federal hasta que finalmente la estrategia se redujo a notificar indicadores en el mejor de los casos cuando estaban disponibles o a justificar por qué no lo estaban. Más aún, la SEDESOL dejó de usar el nombre de 100x100, acuñado por la Presidencia al principio de la administración, por el de Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias, que se limitaba más bien a integrar los esfuerzos en el interior de su propia Secretaría.

Los objetivos de salud identificados en el Cuadro 7 nunca fueron asumidos como un compromiso por los organismos de gobierno fuera del ámbito de salud. Aunque se llegó a definir una agenda común, el PDZP no tuvo un mandato legal que obligara a su implementación.

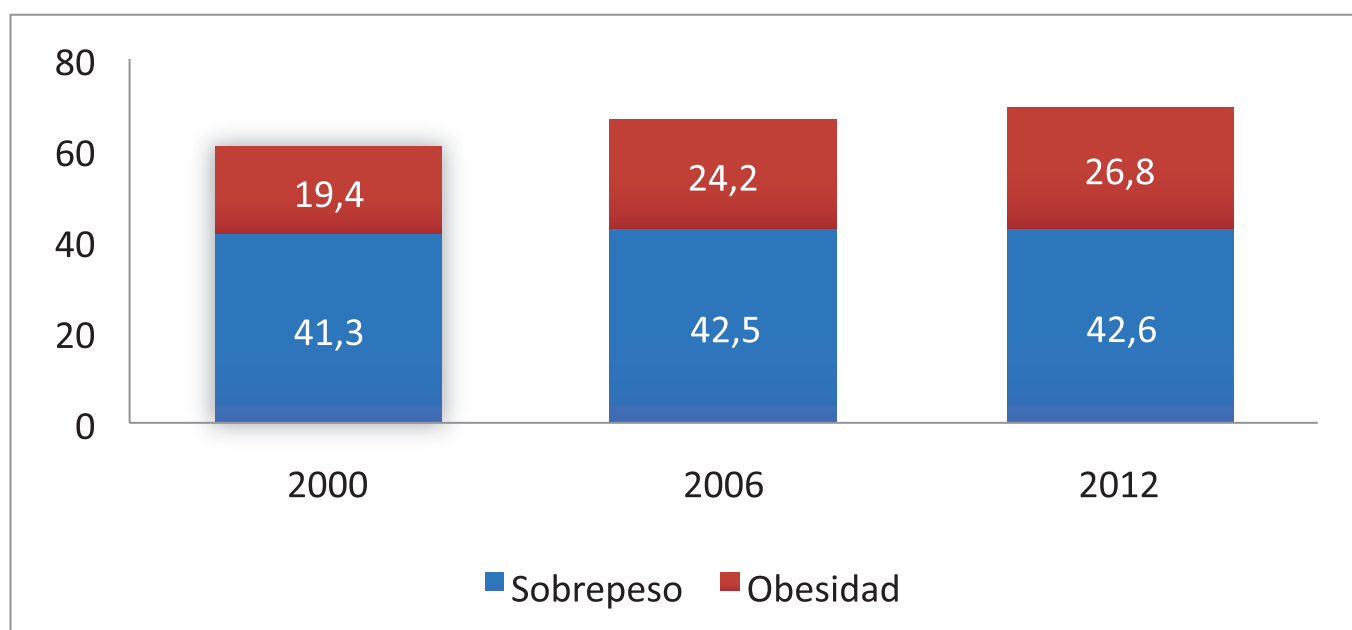
En suma, el PDZP es un estudio de caso en el que se perdió una oportunidad intersectorial de incidir en los determinantes sociales de la salud en los municipios menos desarrollados del país debido a la ausencia tanto de una visión política compartida como de una alineación intersectorial eficaz.

## 4.5 Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA)

Diversas evidencias empíricas sólidas acerca del sobrepeso y la obesidad en México, así como de sus consecuencias económicas contribuyeron a que en el Gobierno Federal se estableciera una visión política compartida de este grave problema de salud pública. La Gráfica 4 muestra como el sobrepeso en hombres mayores a 20 años no se ha podido reducir en los últimos doce años, y se mantiene en alrededor de 42%, mientras que la obesidad ha tendido a aumentar en ese mismo período de 19% en el 2000 hasta alcanzar casi 27% en 2012.

Las estimaciones realizadas sobre su impacto económico subrayan aún más su importancia como un asunto de política pública. Los costos directos calculados de la atención médica atribuible al sobrepeso y la obesidad aumentaron 61% al pasar de 26.283 millones de pesos en el 2000 a cerca de 42.246 millones de pesos en el 2008. Esto representa 33% del presupuesto médico total disponible en el 2008. El costo estimado para el 2017 es de 77.919 millones en pesos.<sup>41</sup>

**Figura 4: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres mayores de 20 años, 2000-2012**



Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, 2012.

<sup>41</sup> Álvarez F, Gutiérrez-Delgado C, Guajardo V. 2012.

Por otro lado, los costos indirectos calculados debidos a la pérdida de productividad por muerte prematura han aumentado a una tasa anual de 13,5 %. Se estima que ambos costos, directos e indirectos, pueden aumentar a más de 150 mil millones de pesos para el año 2017.

La carga económica que estos costos representa para el sistema de salud ha permitido que la Secretaría de Salud tenga mejores argumentos para convencer a otros sectores, especialmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de que son necesarias acciones intersectoriales para enfrentar este problema de salud pública. El ANSA definió diez objetivos:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.

8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.

9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.

10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

El ANSA empezó a operar en un ámbito intersectorial en el 2010 con un mandato legal que regula los alimentos y bebidas consumidas en las escuelas de nivel básico de todo el país.<sup>42</sup> Esta población objetivo común contribuyó a establecer una agenda compartida entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Identificar este espacio de política pública común es útil para poder compartir una visión política y fomentar la alineación intersectorial.

Esta sinergia intersectorial tendría entonces el potencial de producir resultados más efectivos en la prevención y control del sobrepeso y la obesidad en esta población escolar. También se definieron indicadores específicos para medir estos resultados, aunque actualmente no hay evidencias empíricas disponibles que permitan evaluar los efectos del ANSA, excepto por un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Pública que evalúa el avance en la regulación de los alimentos y bebidas consumidas en los planteles escolares de educación básica con el fin de identificar factores que apoyan u obstaculizan su cumplimiento.<sup>43</sup>

En suma, esta política pública intersectorial se diseñó con información basada en evidencias empíricas sólidas tanto de la magnitud del problema de salud pública como de su impacto económico. Sin embargo, es difícil evaluar todavía si esta política pública ha sido exitosa, debido a que no se ha implementado cabalmente ni se han medido sus efectos.

<sup>42</sup> El ANSA se puso en marcha a través de la firma de un Acuerdo entre 15 dependencia públicas y cinco organismos empresariales. Posteriormente, la SEP en agosto del 2010 presentó su programa en el contexto escolar, que incluyó como uno de sus ejes la regulación de alimentos y bebidas en las escuelas de educación básica. Estos lineamientos se publicaron en el DOF el 23 de agosto del 2010, después de un amplio proceso de consulta pública.

<sup>43</sup> Rivera J et al, 2012.

## 5 Oportunidades y retos para incidir en los determinantes sociales de la salud

Empleando los resultados previos basados en el marco analítico y el contenido de las entrevistas realizadas, se analizarán cada una de las políticas públicas seleccionadas, examinando factores clave que pueden contribuir a identificar oportunidades y retos para formular políticas públicas que incidan en los determinantes sociales de la salud. Estos factores se agruparon en cinco categorías de análisis:

- Conocimiento de los determinantes sociales de la salud
- Enfoque intersectorial
- Liderazgo de la Secretaría de Salud
- Evidencias para la toma de decisiones
- Argumentos económicos para impulsar la intersectorialidad

### 5.1 Conocimiento de los determinantes sociales de la salud

En términos generales, los responsables de la toma de decisiones y los investigadores entrevistados conocen los determinantes sociales y sus implicaciones para la salud. Sin embargo, el término “determinante social” no es un concepto que esté arraigado en la cultura de las políticas públicas. Más importante aún, la mayoría de los entrevistados reconocieron que existen políticas públicas diseñadas para incidir en los determinantes sociales, pero no necesariamente con el fin de mejorar la salud. Por ello, un área de oportunidad es difundir el conocimiento de los efectos que tienen ciertos factores sociales como el ingreso, la educación y la vivienda en la salud, para que puedan tenerse en cuenta en la formulación de políticas públicas. Uno de los entrevistados subrayó el carácter social de los problemas de salud:

***“La salud es un asunto que debe ser abordado desde una perspectiva multisectorial... si no se entiende esto, difícilmente podrán atenderse la mayoría de los problemas de salud, excepto quizá los determinados por factores biológicos o genéticos.”***

El reto más importante por superar para formular políticas públicas que incidan en los determinantes

sociales de la salud se encuentra en el propio sector salud. Históricamente, las instituciones de la Secretaría de la Salud y de la Seguridad Social que prestan servicios de salud han adoptado un enfoque médico para atender la salud de su población. La mayoría de los responsables de la toma de decisiones en el sector salud son médicos, quienes carecen de una formación sanitaria. Este sesgo médico impide reconocer el impacto que tienen ciertos factores sociales como el ingreso, la educación, la vivienda y el transporte en la salud de la población.

### 5.2 Enfoque intersectorial

Los hallazgos muestran que las acciones intersectoriales son difíciles de llevar a la práctica en el gobierno federal, pero son viables bajo determinadas circunstancias. Se identificaron varios instrumentos o mecanismos que permiten aplicar un enfoque intersectorial.

Los comités formales de coordinación han sido útiles para articular acciones intersectoriales. Por ejemplo, el Comité Técnico de Oportunidades convoca, por lo menos, a los mandos medios de las Secretarías de Desarrollo Social, Salud, Educación, Hacienda y Función Pública para que asistan a reuniones periódicas donde se toman decisiones para modificar las reglas de operación del Programa y hacer el seguimiento de su desempeño a través de indicadores estratégicos y los resultados de evaluaciones externas.

El fundamento legal es esencial para articular las acciones de las entidades gubernamentales participantes. Todos los casos analizados contaron con ese apoyo, excepto por el PDZP, que reunía la mayoría de los atributos intersectoriales necesarios para su implementación. Aunque en sus inicios, las dependencias participantes en el PDZP compartieron con entusiasmo la misma visión de reducir conjuntamente las inequidades de los municipios menos desarrollados del país, muy pronto la estrategia perdió fuerza ante la falta de liderazgo. La Presidencia dejó de dar seguimiento a esta estrategia y poco a poco la Secretaría de Desarrollo Social fue perdiendo autoridad frente a las otras dependencias de los gobiernos estatales y federal hasta que, por último, la estrategia se redujo a notificar indicadores, pero sin documentar los avances reales del Programa.

Finalmente, definir objetivos compartidos es clave para alinear con eficacia a todas las entidades



gubernamentales. Un responsable de la toma de decisiones de la Secretaría de Desarrollo Social subrayó lo siguiente:

***“Para alcanzar las mismas metas, cada sector debe reconocer que sus acciones contribuyen al logro de esas metas.”***

Sin embargo, sigue siendo un reto identificar indicadores que permitan medir esas metas, no solamente porque requieren ser consensuados sino porque no hay información confiable para medirlos.

Además de estos mecanismos institucionales y legales, los incentivos económicos representan un área de oportunidad para mejorar la alineación de las acciones intersectoriales. Los responsables de la toma de decisiones entrevistados coincidieron en que una estrategia eficaz para alinearse de manera intersectorial es asignar recursos específicos a objetivos comunes. Más aún, la asignación de estos recursos debería estar asociada a indicadores de desempeño cuantificables. En la actualidad, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ha empezado a definir estas reglas del juego para asignar recursos. Sin embargo, no ha logrado aplicarlas a cabalidad. El principal reto es justamente la adopción eficaz de mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas para que este enfoque intersectorial sea realmente viable.

### 5.3 Liderazgo de la Secretaría de Salud

Las evidencias resultantes de las entrevistas revelan que el liderazgo para impulsar políticas públicas intersectoriales que tengan un impacto en la salud debe surgir de la propia Secretaría de Salud. Se identificaron en lo esencial dos argumentos. El primero se refiere a que la salud es un asunto de política pública “políticamente correcto”, excepto quizá cuando afecta, como en el ANSA, a los intereses de la industria alimentaria y de bebidas con alto contenido en azúcares, grasas o sal. Pero en el interior del gobierno federal, un tema de salud rara vez encontrará oposición, a menos que implique reasignarle recursos de otro sector. La salud, en sí misma, es un bien que debe procurarse porque contribuye al bienestar y a mejorar la calidad de vida de las personas. Un responsable de la toma de decisiones de la Secretaría de Desarrollo Social resaltó el valor de la salud:

***“Mejorar la salud como objetivo común fue lo que en última instancia nos permitió***

***sentarnos a la misma mesa para llevar a cabo una acción intersectorial, como invertir en drenaje o colocar pisos firmes en las viviendas.”***

El segundo se refiere a la mayor probabilidad de que se reconozca el impacto que tienen los factores sociales en la salud en el interior del propio sector. Más aún, el sector salud es quien debe promover este conocimiento más allá de su ámbito de acción para que se emprendan acciones que mejoren las condiciones de vivienda, mantengan seguras las redes de vialidad y mejoren la educación de las personas.

El reto consiste en cómo ejercer este liderazgo entre los diferentes sectores que pueden incidir en la salud con sus propias acciones. Primero, la Secretaría de Salud, como cabeza de sector, debe transmitir mensajes claros y afines a los interesados, tanto organismos gubernamentales como no gubernamentales, incluso al sector privado. Los resultados de las entrevistas sugieren que si se quiere abogar por políticas intersectoriales que incidan en la salud, los argumentos empleados deben de ser más claros, de manera que puedan ser entendidos por múltiples sectores, particularmente en las entidades gubernamentales de desarrollo social y educación, las más afines a la salud.

Segundo, identificar áreas de acción comunes con otros sectores puede ser muy útil para lograr la alineación intersectorial. Por ejemplo, las escuelas de educación básica resultaron ser un área común entre las Secretarías de Salud y Educación Pública para prevenir el sobrepeso y la obesidad entre los niños en edad escolar.

Finalmente, la voluntad política al más alto nivel es fundamental para mantener estas políticas en un lugar estratégico de la agenda política del gobierno federal. Todos los casos analizados aquí recibieron el apoyo del Presidente y a excepción de la IMESEVI, fueron respaldados por los Secretarios de los sectores involucrados.

### 5.4 Evidencias para la toma de decisiones

Por lo general, en México, se emplean evidencias sólidas para diseñar políticas públicas intersectoriales, lo que comprende argumentos económicos. La mayoría de las evidencias se concentran fundamentalmente en documentar los beneficios para la salud de una política determinada. Menos común es demostrar el costo-

eficacia de poner en práctica una política como la IMESEVI o el ANSA. Además, los argumentos económicos suelen expresarse más en términos de su impacto monetario y menos en evaluaciones de costo-beneficio o costo-eficacia. Un reto importante, según uno de los investigadores entrevistados, es cómo vincular las diferentes fuentes de información:

***“Las principales fuentes de información válida y confiable sobre temas de salud, generalmente no recaban información monetaria o de costos, mientras que la información que puede usarse para estimar costos no se recaba para fines de salud.”***

Según las evidencias disponibles analizadas, no todas las políticas públicas se evalúan con rigor, excepto en el caso del Programa Oportunidades. Aunque jurídicamente todas las políticas sociales de este país deben evaluarse antes, durante y después de su implementación, estas normas no se cumplen porque es muy difícil aplicarlas. Esto se debe, por un lado, a que las evaluaciones suelen ser costosas y no miden resultados en el corto plazo. Por el otro, no existen datos confiables y completos que permitan evaluaciones económicas. Por último, tampoco hay incentivos suficientes para que los programas asignen recursos destinados a evaluar los efectos de sus políticas.

Tanto el análisis de las políticas como la información proporcionada por las entrevistas, sugieren que el apoyo técnico y las evidencias internacionales, en particular de la OMS han sido importante para contrarrestar la oposición a ciertas políticas públicas como el ANSA que afectan a los intereses de la industria alimentaria que produce alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, sal o azúcar. La firma del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria no hubiera sido posible sin el llamamiento de la OMS para reducir el sobrepeso y la obesidad, así como las evidencias empíricas internacionales disponibles en las que se basaba ese llamamiento. Un apoyo similar fue igualmente importante para incorporar en la agenda de salud pública de la Secretaría de Salud, la IMESEVI para prevenir las lesiones viales y otros efectos sobre la salud.

## 5.5 Argumentos económicos para impulsar la intersectorialidad

Las evidencias empíricas que existen hace más de diez años ya establecían que la salud era responsable de aproximadamente una tercera parte del crecimiento económico potencial, a partir de datos de 1970-1995.<sup>44</sup> En el 2002, fue creada la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS), según el ejemplo de la comisión de la OMS, para profundizar en el estudio de la relación entre la inversión en el ámbito de la salud y el desarrollo económico, en especial sus efectos en la reducción de la pobreza y la desigualdad.

La CMMS fue el resultado de una iniciativa intersectorial de las Secretarías de Salud y Hacienda. En lo esencial, la CMSS concluyó que hay argumentos económicos sólidos para invertir en salud a nivel poblacional porque la salud tiene el potencial de fomentar el crecimiento económico, reducir la pobreza a través de esquemas de protección social como el Seguro Popular y disminuir las inequidades sociales, mediante la inversión en capital social como, por ejemplo, mejorar la nutrición infantil temprana para alcanzar mejores niveles de escolaridad, en especial entre la población infantil que vive en condiciones de pobreza.<sup>45</sup> Este fue quizás el primer esfuerzo institucional en México para usar explícitamente argumentos económicos destinados a justificar una mayor inversión en salud, así como diseñar e implementar el Seguro Popular.

Sin embargo, las evidencias resultantes de las entrevistas mostraron respuestas encontradas en relación a la aceptabilidad de emplear argumentos económicos para apoyar acciones que inciden en los DSS. Por un lado, las respuestas de las entrevistas, en particular de quienes pertenecían al sector salud, revelaron que la salud era un bien en sí mismo y que no era necesario demostrar cuántos recursos se podían ahorrar al aplicar una política pública que tuviera efectos positivos en la salud de las personas. Incluso, los economistas entrevistados reconocieron que los argumentos económicos por muy útiles que fueran, deberían estar acompañados por otro tipo de argumentos relacionados con la mejora de la salud misma o la calidad de vida de las personas.

<sup>44</sup> Mayer 2001.

<sup>45</sup> Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006.

**Tabla 1: Argumentos económicos para impulsar la agenda de los DSS**

| Argumentos utilizados  | Política Pública | Enfoque del Programa   | Información clave para enumerar la cuestión en términos económicos  | Teoría Económica                                    |
|--|------------------|--|---|---|
| Costos económicos de la obesidad   | ANSA             | Promoción de la Salud  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Costos directos (asociados con el tratamiento de la enfermedad)</li> </ul>   | Basada en la eficiencia                             |
| Costos económicos de las lesiones de tráfico   | IMESEVI          | Promoción de la Seguridad Vial   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Costos directos (asociados con el tratamiento de las lesiones)</li> <li>Costos indirectos (relacionados con la pérdida de productividad debido a la morbilidad o la mortalidad prematura)</li> </ul>   | Basada en la eficiencia                             |
| Beneficios económicos de invertir en el capital humano<br><br>Igualdad de oportunidades en el capital humano | PDHO             | Desarrollo de capacidades básicas (salud, nutrición y educación )                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor productividad</li> <li>Mayor oferta de trabajo</li> <li>Habilidades mejoradas, como resultado de una mayor educación y formación</li> <li>Mejor salud, mejor nutrición y mayor educación tienen un efecto sinérgico que ayuda a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza</li> </ul> | Basada en la eficiencia<br><br>Basada en la equidad |
| Costos económicos de no estar cubierto   | SEGURO POPULAR   | Protección Financiera  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución del riesgo de gastos catastróficos en salud en poblaciones vulnerables</li> </ul>  | Basada en la equidad                                |
| Subdesarrollo rural  | PDZP             | Desarrollo Social (salud, educación, vivienda, ingresos, infraestructura, sustentabilidad) | <ul style="list-style-type: none"> <li>La reducción de la severidad de la pobreza y el subdesarrollo</li> </ul>   | Basada en la equidad                                |

Documentar el costo económico de atender un problema de salud para mostrar sus consecuencias o para abogar por una política de prevención resultó útil tanto para empujar la IMESEVI a favor de la seguridad vial, como el ANSA para subrayar la importancia de la prevención del sobrepeso y la obesidad antes de la edad adulta. La Tabla 1 sintetiza los argumentos económicos empleados en los cinco casos de política pública analizados.

Según las evidencias tanto de las entrevistas como del análisis de las políticas públicas seleccionadas, hay muy pocas pruebas del impacto económico de las acciones intersectoriales que inciden en los DSS. Por lo tanto, es necesario continuar con esta línea de investigación para obtener evidencias robustas. Actualmente, tampoco existen evaluaciones económicas de estas acciones intersectoriales, excepto por Oportunidades y el Seguro Popular.<sup>46</sup> Finalmente, aunque existiera evidencia empírica, tanto en términos de salud, como de equidad o impacto económico, esta información debe ser aplicable para la formulación y ejecución de políticas públicas intersectoriales. Según la opinión de un responsable de la toma de decisiones, dos elementos son fundamentales para lograrlo:

***“Primero, es necesario que los responsables de la toma de decisiones tengan muy claro que incidir en los determinantes sociales tiene un impacto en la salud y, segundo... hace falta un liderazgo efectivo que logre impulsar una agenda intersectorial compartida basada en evidencias empíricas sólidas.”***

## 6 Lecciones de México

En términos generales, el análisis de los casos mexicanos de política pública analizados muestra que un enfoque intersectorial para incidir en los DSS es deseable y viable, pero difícil de llevar a la práctica fundamentalmente por tres razones. La primera es que los DSS todavía no están bien arraigados en la cultura política, ni siquiera entre los principales responsables de la toma de decisiones del propio sector salud, todavía sesgado hacia la formación médica. La segunda es que todavía no se ha logrado compartir o asignar presupuestos para metas comunes. Por último, subsisten algunas barreras políticas que es necesario superar para consolidar la alineación intersectorial. Tanto la voluntad política como el liderazgo al más alto nivel son claves para articular las acciones intersectoriales.

También es importante establecer la intersectorialidad desde la fase de planificación cuando se inicia el proceso de diseño de estas políticas públicas.

Los hallazgos del análisis y las entrevistas sugieren que el diseño de políticas públicas basadas en evidencias sólidas tiene mayores posibilidades de incorporarse en la agenda política para su implementación. Sin embargo, su éxito depende de los resultados que produzca. Solamente Oportunidades y el Seguro Popular han llevado a cabo evaluaciones formales y rigurosas que permiten medir el cumplimiento de sus objetivos. Las otras tres políticas públicas analizadas, todavía en una fase temprana de su implementación no han sido evaluadas. Es frecuente que los presupuestos se destinen a los proyectos más que a las evaluaciones y, por tanto, no hay una priorización clara sobre dónde habrá mayor impacto social de la inversión.

Finalmente, los argumentos económicos son necesarios, pero no suficientes para convencer a los responsables de la toma de decisiones tanto del sector salud como de otros sectores para formular e implementar políticas públicas que inciden en los DSS. Otros argumentos tales como las evidencias empíricas de los beneficios sobre la salud de alguna política o el valor mismo de la salud son también útiles para impulsar estas políticas en la agenda, en especial si existe muy poca evidencia disponible en términos económicos o monetarios, tanto para apoyar como para evaluar estas políticas públicas intersectoriales.

<sup>46</sup> Figueroa, 2012.

# Referencias

**Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. (2010)** México, DF: Secretaría de Salud.

**Adelaide Statement on Health in All Policies (2010)** WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010.

**Álvarez del Río E, Gutiérrez-Delgado C, Guajardo Barrón V.** “Costo de la obesidad: fallas del mercado y las políticas pública de prevención y control de la obesidad en México”. En Rivera J et al (editores). Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado. UNAM, 2012: 279-288.

**Atun, R et al (2010)** A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy and Planning*, 25:1-14.

**Barquera S, Rivera J, Campos I, Hernández L et al (2010)** Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México, DF: Secretaría de Salud.

**Behrman J, Fernald, Gertler P, Neufeld L y Parker S (2008)** Evaluación de los efectos a diez años de Oportunidades en el desarrollo, educación y nutrición en niños entre 7 y 10 años de familias incorporadas desde el inicio del Programa. En Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007) Tomo I. Efectos de Oportunidades en áreas rurales a diez años de intervención. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social.

**Brown L et al (2012)** The cost of inaction on the social determinants of health. Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling.

**Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009)** Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

**Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006)** Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

**Centro Nacional de Prevención de Accidentes (2009)** Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial y Prevención de Lesiones en el Tránsito (IMESEVI). Construcción de Línea Base. Reporte final. 1a ed. México, DF: Secretaría de Salud.

**Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (2008)**, Plan Estratégico de Mediano Plazo, 2007-2012. México, DF: SEDESOL.

**Cordera R y Murayama C (Coordinadores) (2012)** Los determinantes sociales de la salud en México. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

**Chomik T (2007)** Lessons learned from Canadian experiences with intersectoral action to address the social determinants of health. Public Health Agency of Canada.

**Diario Oficial de la Federación (2010)** Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. Lunes 23 de agosto.

**González de la Rocha M (2008)** La vida después de Oportunidades: impacto del Programa a diez años de su creación. En Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007) Tomo I. Efectos de Oportunidades en áreas rurales a diez años de intervención. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social.

**Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M (2012)** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

**Gutiérrez JP, Leroy J, DeMaria L, Campuzano JC, Moreno K, Serván E, Sosa Rubí SG, Bertozzi S (2008)**. Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades. En Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007) Tomo I. Efectos de Oportunidades en áreas rurales a diez años de intervención. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social.

**Evcı Kiraz et al (2012)** Local decision makers' awareness of the social determinants of health in Turkey: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2012, 12:437.

**Exworthy M (2008)** Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning*, 23 (5), 318-27.

**Figueroa A (2012)** Documento de posición de México sobre argumentos económicos de acciones intersectoriales que fortalecen los determinantes sociales de la salud. Documento para discusión. México, DF: Organización Panamericana para de la Salud.

**Fizbein A and Schady N, (2009)** Conditional Cash Transfers. Reducing present and future poverty. Washington, DC: World Bank.

**Frenk et al (2004)** Fair financing and universal social protection: the structural reform of the Mexican Health System. México, DF: Secretaría de Salud.

**Frenk J et al. (2006)** Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, 368:1524–1534.

**Graham H. (2004)** Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*. 33:115-51.

**Gobierno Federal (2007)** Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012. México, DF: Gobierno Federal.

**Gutiérrez JP, Leroy J, DeMaria L, Campuzano JC, Moreno K, Serván E, Sosa Rubí SG, Bertozzi S (2008)**. Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades. En Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007) Tomo I. Efectos de Oportunidades en áreas rurales a diez años de intervención. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social.

**Health Canada (2000)** Intersectoral Action Toolkit, Edmonton: Health Canada.

**Hernández B, Ramírez D, Moreno H y Laird N. (2004)** Evaluación del impacto de Oportunidades en la mortalidad materna e infantil. En Resultados de la Evaluación Externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2003. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social.



**Hijar M, Chandran A, Pérez-Núñez R, Lunnen JC, Rodríguez-Hernández JM, Hyder AA. (2012)** Quantifying the underestimated burden of road traffic mortality in Mexico: a comparison of three approaches. *Traffic Injury Prevention*, 13 Suppl 1:5-10.

**Jorgensen M (2006)** Evaluating cross-sector partnerships. Copenhagen: Univesity of Aarhus.

**Kaleagonkar A and Brown LD (2000)** Intersectoral Cooperation: Lessons for Practice. IDR Report 16 (2), Boston: Institute for Development Research.

**Knaul et al (2012)** The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*. Volume 380, Issue 9849: 1259 – 1279.

**Knaul et al (2003)** El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En *Calideoscopio de la Salud*. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud: 275-291.

**Lavin T and Metcalfe O (2009)** Economic arguments for addressing social determinants of health inequalities. DETERMINE: an EU consortium for Action on the Socioeconomic Determinants of Health.

**Leenan I et al (2008)** IMESEVI: Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial y Prevención de Lesiones en el Tránsito. Construcción de la Línea Base: Reporte 3. Secretaría de Salud: México, DF.

**Levy S (2008)** Good intentions, bad outcomes: Social policy, informality and economic growth in Mexico. Brookings Institution Press: Washington, DC.

**Levy S (2006)** Progress against poverty: sustaining Mexico's PROGRESA-OPORTUNIDADES Program. Brookings Institution Press: Washington, DC.

**Marmot M (2005)** "Social determinants of health inequalities". *Lancet* 365(9464): 1099-104.

**Martínez Valle A (2009)** "Social class, marginality and self-assessed health: a cross-sectional analysis of the health gradient in Mexico", *International Journal for Equity in Health* 2009, 8:3, 12pp.

**Mayer D (2001)** "The long-term impact of health on economic growth in Mexico, 1950-1995", *Journal of International Development*, 13 (1), pp. 123-126.

**Ministry of Health and Social Policy (2010)** Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities. Madrid: Ministry of Health and Social Policy.

**Moresting F et al (2011)** Method for synthesizing knowledge about public policies. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy.

**Muntaner C, Ng E and Chung H (2012)** Better Health: An analysis of public policy and programming focusing on the determinants of health and health outcomes that are effective in achieving the healthiest populations. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

**Murray C et al (2001)** Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system. Global Program on Evidence Discussion Paper Series 24. Geneva: World Health Organization.

**Nadeau S et al (2011)** Investing in young children: an early childhood development guide for policy dialogue and project preparation. Washington, DC: The World Bank.

**National strategy to reduce social inequalities in health (2007)** Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services.

**Organización Mundial de la Salud (2011)** Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. 21 de octubre del 2011. Río de Janeiro: OMS.

**World Health Organization (2011)** World Conference on Social Determinants of Health: Closing the Gap: Policy into Practice on Social Determinants of Health. Brasil: OMS.

**Organización Panamericana de la Salud (2012)** IMESEVI, la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial. Disponible en: [https://new.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&task=view&id=491&Itemid=375](https://new.paho.org/mex/index.php?option=com_content&task=view&id=491&Itemid=375).

**Ortiz M (2006)** El Seguro Popular: una crónica de la democracia mexicana. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

**National Collaborating Centre for Determinants of Health (2012)** Assessing the impact and effectiveness of intersectoral action on the social determinants of health and health equity: An expedited systematic review. Antigonish: NCCDH, St. Francis Xavier University.

**Peake S, Valentine N, Barr V (2008)** Health Equity through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. Public Health Agency of Canada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

**Rohregger B (2011)** Social determinants of health: The role of social protection in addressing social inequalities in health. Discussion Paper 11, Eschborn: GIZ.

**Secretaría de Desarrollo Social (2010)** Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias 2011. México, DF: SEDESOL.

**Secretaría de Salud (2009)** Esto no es un accidente. Memoria de la IMESEVI. Programa Nacional de Salud. México, DF: CENAPRA.

**Secretaría de Salud (2007)** Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, DF: Secretaría de Salud.

**Solar O, Irwin A (2007)** A conceptual framework for action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

**Starfield B (2011)**, "The Hidden Equity in Health Care". International Journal for Equity in Health, 10:15.

**Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. (2006)** Chronic disease: an economic perspective. London: Oxford Health Alliance.

**World Health Organization (2010)** Intersectoral action to tackle the social determinants of health and the role of evaluation. Report of the 1st Meeting of the WHO Policy Maker Resource Group on Social Determinants of Health, Viña del Mar, enero.

**World Health Organization (1997)** Report of a Conference on Intersectoral Action for Health. Halifax: Organización Mundial de la Salud.

**Xu K et al (2003)** Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. Lancet 362: 111-117.

# Apendices

## Apéndice 1: Perfil de los entrevistados

| No | Institución a la que pertenece  | Justificación para ser entrevistado   |
|----|---|---|
| 1  | Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas Sociales (CONEVAL)    | Regula la mayoría de las evaluaciones de las políticas públicas en el ámbito federal                      |
| 2  | Consultor independiente   | Desempeñó un papel principal en el diseño e implementación del PDZP                                       |
| 3  | Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades | Desempeñó un papel principal en el diseño e implementación de Oportunidades                               |
| 4  | Academia Nacional de Medicina (ANM)                                   | Coordina la Comisión de DSS en la ANM y fue Subsecretario de Salud  |
| 5  | Secretaría de Salud   | Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud   |
| 6  | Instituto Nacional de las Mujeres                                     | Desempeñó un papel principal en la planificación y evaluación de políticas públicas con enfoque de género |
| 7  | Centro de Investigación en Desarrollo Económico (CIDE)                | Economista, experto en desigualdad y pobreza  |
| 8  | Comisión Nacional de Protección Social en Salud                       | Desempeñó un papel principal en el diseño e implementación de políticas de atención a la salud            |
| 9  | IMSS  | Economista y secretario técnico de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud                          |
| 10 | Escuela de Gobierno de la Universidad de Harvard                      | Desempeñó un papel principal en la evaluación de políticas públicas de la SEDESOL                         |
| 11 | Banco Interamericano de Desarrollo (BID)                              | Economista, experto en protección social  |
| 12 | Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)                            | Investigador, experto en nutrición y evaluación de políticas públicas                                     |
| 13 | Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)                            | Investigador, experto en salud mundial y en DSS   |
| 14 | Secretaría de Salud   | Desempeñó un papel principal en el diseño e implementación de la IMESEVI                                  |

## Apéndice 2: Cuestionario sobre acciones intersectoriales para incidir en los DSS <sup>47</sup>

Buenos días (tardes). Estoy efectuando una investigación como consultor independiente para la Organización Mundial de la Salud. El propósito de este estudio es conocer su opinión sobre el diseño y la implementación de políticas públicas que inciden en los determinantes sociales de la salud. Para fines del estudio, sus respuestas permanecerán anónimas. ¿Puedo hacerle las siguientes preguntas? La entrevista debe durar aproximadamente 45 minutos.

### Perfil y experiencia del entrevistado

#### Conocimiento de los determinantes de la salud

1. ¿Usted conoce o está familiarizado con los determinantes sociales de la salud?
2. Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 2. Si es afirmativa pase a la pregunta 3.
3. La salud está determinada por muchos factores que están fuera del ámbito del sector salud. El término determinantes sociales de la salud (DSS) se emplea generalmente para enfocarse en las condiciones sociales en las que las personas viven y que afectan su salud, como por ejemplo, el ingreso, la escolaridad o el acceso al agua potable.
4. ¿Desde su perspectiva, usted considera que en México se formulan políticas públicas para mejorar esas condiciones sociales que afectan la salud de las personas? ¿Podría identificar algunas de ellas?  
  
Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 4. Si es afirmativa pase a la pregunta 5.  
  
Si no es así, porque considera que no se formulan políticas públicas con este enfoque?
5. ¿Alguna vez se han discutido en su sector o dependencia temas relacionados con los determinantes sociales de la salud?
6. ¿Estaría dispuesto a colaborar con el sector salud y otros sectores para alcanzar metas de salud?
7. ¿Qué tipo de acciones lleva a cabo o podría llevar a cabo su sector para incidir en los determinantes sociales de la salud?
8. ¿Considera que existe suficiente compromiso o voluntad política para lograrlo?
9. ¿Considera usted que estas políticas públicas identificadas han tenido un impacto en la mejora de la salud?
10. ¿Qué evidencias podría identificar para sustentar su argumento?

#### Experiencia y capacidad para la cooperación intersectorial

11. Desde hace poco tiempo se ha venido argumentando que estas políticas públicas serían más eficaces si se formularan e implementaran intersectorialmente, es decir, con la participación conjunta de varias dependencias del gobierno.  
  
¿En su experiencia profesional (especificar cuándo y dónde) ha realizado algún tipo de cooperación con otros sectores públicos?  
  
¿Cómo se entabló esta cooperación?

<sup>47</sup> El contenido de este cuestionario fue modificado de acuerdo con el perfil y la experiencia del entrevistado. Por ejemplo, las preguntas sobre conocimientos acerca del sector salud se hicieron solamente a las personas de fuera de ese sector

12. ¿Qué factores contribuyeron a concretar esta cooperación?

13. ¿Cuáles fueron los principales retos?

#### **Conocimiento del sector salud**

14. ¿La salud es un tema relevante en su ámbito de política pública?

15. En su ámbito de acción ¿tiene en cuenta el impacto de sus políticas sectoriales en la salud de la población?

¿El impacto diferencial de sus políticas sectoriales en la salud de diferentes grupos de la población?

16. Si el sector salud o algún otro sector lo invitara a colaborar en algún programa o política para incidir en los DSS, ¿cuáles serían los principales obstáculos que usted identificaría para lograr una cooperación efectiva? (Sondear obstáculos como falta de conocimiento sobre los DSS o sobre intervenciones eficaces, falta de liderazgo, falta de recursos o mecanismos de cooperación, intereses creados en contra de estas políticas)

#### **Evidencias para la toma de decisiones**

17. La información es útil para sustentar la formulación y la implementación de las políticas públicas. ¿Qué información sería más útil en su sector para apoyar acciones efectivas en colaboración con el sector salud? (Evidencias para definir un problema de salud pública, mejores prácticas, prioridades políticas)

18. ¿Conoce usted alguna evaluación de impacto que se haya realizado en su sector? ¿Estaría dispuesto a ser evaluado sobre el impacto en la salud de las políticas públicas de su sector?

19. ¿Cómo podría el sector salud apoyar a su sector para incidir en los DSS?

#### **Argumentos económicos**

20. ¿Conoce usted iniciativas o esfuerzos por analizar en términos económicos los impactos en la salud de estas políticas públicas dirigidas a los DSS? Por favor, proporcione el mayor número de ejemplos posible.

21. ¿Qué argumentos económicos se emplean para sustentar estas políticas? Por favor, cite ejemplos de cómo se articulan estos argumentos.

22. ¿Qué dependencia de gobierno u organización no gubernamental esgrime estos argumentos?

¿A quién o quiénes están dirigidos estos argumentos?

23. Si no se ponen sobre la mesa de la discusión estos argumentos económicos para justificar estas políticas públicas, por favor identifique las posibles razones que expliquen esta situación.

24. ¿Qué argumentos económicos considera usted que podrían contribuir a que otras dependencias del sector público, además de las de salud, si participaran en una iniciativa conjunta para mejorar la salud de la población?









# DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

... LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE LAS PERSONAS NACEN, CRECEN, VIVEN, TRABAJAN Y ENVEJECEN, Y LOS SISTEMAS DE SALUD ESTABLECIDOS PARA COMBATIR LAS ENFERMEDADES. TODO ESTO CONFIGURADO POR UN CONJUNTO DE FUERZAS ECONÓMICAS, SOCIALES, NORMATIVAS Y POLÍTICAS.

