

## La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes

Clara Juárez-Ramírez,<sup>1</sup>

Margarita Márquez-Serrano,<sup>1</sup>

Nelly Salgado de Snyder,<sup>1</sup>

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte,<sup>1</sup>

María Guadalupe Ruelas-González<sup>1</sup> y

Hortensia Reyes-Morales<sup>1</sup>

**Forma de citar:** Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(4):284–90.

### SINOPSIS

*La vulnerabilidad en salud se refiere a la falta de protección de grupos poblacionales específicos que presentan problemas de salud particulares, así como a las desventajas que enfrentan para resolverlos, en comparación con otros grupos de población. Las causas de este importante problema de salud pública son muchas y de diversa índole, incluidas la insuficiencia de personal de salud capacitado y la falta de apoyo familiar, social, económico e institucional para obtener atención y minimizar los riesgos de salud. La vulnerabilidad en salud es una condición dinámica que resulta de la conjunción de varios determinantes sociales. En el presente trabajo se busca describir la situación de salud de tres grupos vulnerables (GV) de México —adultos mayores, indígenas y migrantes— y analizar las medidas que podrían contribuir al diseño e implementación de políticas públicas de salud más acordes a sus necesidades, partiendo de reconocer e identificar las necesidades propias de cada GV.*

**Palabras clave:** vulnerabilidad en salud; desigualdades en la salud; políticas públicas; grupos vulnerables; población indígena; migrantes; adulto mayor; México.

<sup>1</sup> Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. La correspondencia se debe dirigir a Hortensia Reyes-Morales. Correo electrónico: hortensia.reyes@insp.mx

En América Latina, la escasez de recursos sociales por parte de algunos grupos de población genera una exposición a mayores riesgos para la salud, en comparación con otros grupos poblacionales (1, 2). Este problema, históricamente conocido como las “viejas desigualdades de América Latina” (3), radica en que las disparidades socioeconómicas de los distintos grupos han ido generando brechas —culturales y en materia de acceso a la salud— cada vez más amplias, las que se traducen en mayores obstáculos para el bienestar de los sectores menos favorecidos. En ese sentido, esta región ha sido considerada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) como la región más inequitativa del mundo (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, para combatir las desigualdades sociales, es necesario que los países enfoquen sus políticas públicas en modificar los determinantes sociales de la salud (DSS) y elaboren políticas de salud que estén en sintonía con las necesidades locales y tengan en cuenta a los grupos sociales más vulnerables (4, 5). En efecto, el abordaje de los DSS propuesto por la OMS busca eliminar inequidades en salud a través de acciones multisectoriales (6, 7). Varios países de la región llevaron a cabo exitosos programas donde se implementaron algunas de las recomendaciones de este modelo, aunque tales experiencias tampoco estuvieron exentas de críticas y controversias (8, 9).

En México, con el reciente cambio de gobierno, se abre una puerta para reorientar la política pública en salud, fortaleciendo la capacidad de gestión en sus tres esferas político administrativas (federal, estatal y municipal) mediante la integración de acciones específicas para mejorar la salud de los grupos vulnerables (GV) (10, 11). México es la onceava nación más poblada del mundo, con 112,3 millones de habitantes —77% de los cuales vive en zonas urbanas— y una amplia diversidad poblacional que incluye a 15,7 millones de indígenas (hablantes y autoadscritos) que hablan 65 idiomas diferentes (12).

El índice de desarrollo humano (IDH) (13) alcanza para poner de manifiesto la disparidad existente entre un barrio de la ciudad de México, con un IDH de 0,9638% y una expectativa de vida de 78 años, y un municipio al sur del país, con un IDH de 0,4903% y una expectativa de vida de tan sólo 40 años (cuadro 1). Frente a esa realidad —una diferencia en la expectativa de vida de 38 años—, las injusticias sociales quedan críticamente expuestas (14). En este escenario de inequidad, tan complejo como frecuente en muchos países de América Latina, el objetivo del presente trabajo fue describir la situación de salud de tres grupos vulnerables de México —adultos mayores, indígenas

**CUADRO 1. Índices e indicadores de desigualdad en México, 2012**

Indicador	Resultados
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,775 <sup>a</sup>
IDH ajustado por desigualdad (IDHD)	0,593
Pérdida global (%) <sup>b</sup>	23,4
Esperanza de vida (años)	77,1
Pérdida en esperanza de vida asociada a desigualdad (%)	10,9
Índice de desigualdad por género	0,382 <sup>c</sup>
Promedio de educación escolarizada (años)	8,5
Población en condiciones de pobreza extrema (%)	50,0

**Fuente:** elaborado por las autoras, con base en la referencia 13.

<sup>a</sup> Puesto 61 de un total de 187 países.

<sup>b</sup> La pérdida potencial para el desarrollo humano por desigualdades está relacionada con las diferencias entre IDH y IDHD.

<sup>c</sup> Puesto 72 de un total de 148 países.

y migrantes— y analizar las medidas que podrían contribuir al diseño e implementación de políticas públicas de salud más acordes a sus necesidades.

## LA VULNERABILIDAD SOCIAL Y LA SALUD

La vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (10).

Este concepto es multidimensional y está vinculado tanto a los individuos como al grupo social al que pertenecen, evidenciando la incapacidad de los mismos para enfrentar los desafíos de su entorno, incluido el desamparo institucional. La vulnerabilidad no es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual. Los bajos ingresos, el desempleo, la discriminación de género y los bajos niveles de escolaridad son todos ejemplos de estos determinantes que, actuando en forma conjunta, ponen a una persona (o grupo poblacional) en situación de desprotección (15). Así, la condición de vulnerabilidad no es estática, puesto que las circunstancias en que se inscriben las personas y los grupos pueden verse modificadas por la reconfiguración de distintos factores y el tiempo de exposición a un contexto específico. Por tal motivo, la inequidad social que se transmite de generación en generación debe ocupar uno de los primeros lugares en la agenda de las políticas públicas de los países de la región (1).

## LA CONDICIÓN SOCIAL Y DE SALUD DE LOS GRUPOS VULNERABLES EN MÉXICO

### Características sociodemográficas

**Adultos mayores.** Este grupo —entendido como personas de más de 60 años de edad— representó en 2010 a 9,06% del total de la población y se espera que para

2050 alcance una cifra de 27,7%. La esperanza de vida es de 74,5 años, con cinco años más para las mujeres (16). El analfabetismo en mayores de 60 años es de 24,6% (17), y 63,1% presenta rezago educativo (18). El 30,5% tiene un trabajo informal, mientras casi 80% presenta alguna condición de pobreza y vulnerabilidad. En este grupo etario, 22,3% carece de servicios básicos y habita en viviendas construidas con materiales precarios y 21,4% no tiene acceso a comida. Un porcentaje bajo (18,7%) recibe pensiones, 26,3% no tiene seguridad social y 15,7% no tiene acceso a algún servicio de salud (16). Hoy por hoy, cuentan con menor apoyo familiar en cuidados y compañía debido a cambios en la estructura familiar (19-21).

**Indígenas.** El 79,3% de la población de habla indígena en México vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema (22). De ese total, casi 20% es trabajador asalariado con baja remuneración y 21% no recibe ingresos por su trabajo. Alrededor de 90% de los niños de entre 6 y 14 años de edad realiza actividades agropecuarias o de ganadería. Por su parte, los municipios con niveles más altos de analfabetismo están conformados por 40% o más de población indígena. Los rezagos en salud se pueden observar en las altas tasas de mortalidad infantil y de muertes maternas (23). Entre los adultos mayores indígenas, las enfermedades crónicas y la desnutrición son las dos principales causas de muerte. Más de 80% de este grupo poblacional no cuenta con seguridad social (22).

**Migrantes.** Se estima que hay 11,71 millones de mexicanos viviendo en Estados Unidos (EE. UU.) (24), de los cuales aproximadamente 6 millones son indocumentados (25). Esos casi 12 millones de personas representan a 4,3% de la fuerza laboral de ese país, participando en trabajos de alto riesgo. El 29% vive por debajo del nivel de pobreza en EE. UU. (24), mientras que entre 56% y 70% no cuenta con seguro de salud (26, 27). En este país, no tener cobertura de salud es una condición prevalente incluso en migrantes de larga estancia (10 años o más) (28). Para la población migrante, el acceso a servicios de salud en EE. UU. es sumamente limitado, en particular para los indocumentados quienes por temor a ser deportados, idiosincrasia, ausencia de apoyo y/o desconocimiento del sistema no demandan los servicios de salud que necesitan (29).

### El perfil epidemiológico

**Adultos mayores.** Las principales causas de muerte son enfermedades asociadas con carencias, tales como neumonía, desnutrición calórico-proteica y anemia. También se observa un incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades mentales y de maltrato en este grupo de edad, todos problemas incapacitantes que afectan la calidad de vida y aumentan la necesidad de atención médica (21, 30, 31).

**Indígenas.** El perfil epidemiológico de la población indígena contrasta con el perfil nacional, predominando las denominadas “enfermedades de la pobreza” —afecciones

intestinales, neumonía, influenza y sarampión—, mientras que las enfermedades crónico-degenerativas tienen un peso mucho menor (32). La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles entre población indígena muestra cifras (16%) que prácticamente duplican el promedio nacional (9%) (33).

**Migrantes.** Los riesgos para la salud están asociados a las condiciones de trabajo de este grupo poblacional (26). Las enfermedades crónicas más comunes entre los adultos son hipertensión, diabetes y enfermedades cardíacas, con tasas de 9%, 4% y 11%, respectivamente. El cáncer y las enfermedades cardíacas son las principales causas de muerte en este grupo (34). La mitad de los migrantes mexicanos en EE. UU. nunca ha visitado a un dentista y una tercera parte jamás ha asistido a una institución de salud (27, 35).

### Las medidas e iniciativas llevadas a cabo en México

**Adultos mayores.** Se ha avanzado en identificar algunas necesidades relacionadas con el género y otras áreas clave, pero aún es necesario incrementar los esfuerzos realizados. Con el objeto de mejorar la red de apoyo y disminuir la demanda de servicios de salud, se comenzó a capacitar al personal de salud en gerontología, geriatría y en la promoción del autocuidado y la participación de los familiares (30).

**Indígenas.** *Las casas de la mujer indígena* y los *Hospitales mixtos* son dos casos de experiencias exitosas que retoman aspectos socioculturales de este grupo de población (36, 37). Estas iniciativas demuestran que las disparidades e inequidades pueden ser combatidas considerando el contexto y fomentando participaciones comunitarias que fortalezcan el empoderamiento y la autogestión en salud (38).

**Migrantes.** El trabajo de los promotores de salud con familias de migrantes en comunidades de origen y destino es un ejemplo de cómo se pueden obtener buenos resultados. Existen programas multisectoriales, como *Ventanillas de Salud*, que operan exitosamente en los consulados de México en EE. UU., y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que participan activamente con el propósito de garantizar la salud como un derecho humano (39, 40).

### Desigualdad en salud: un problema que persiste en los grupos vulnerables

La ausencia histórica de políticas públicas enfocadas en mejorar las condiciones de vida de los GV, y la falta de cobertura en servicios de salud, son los cimientos sobre los que se ha edificado este gran problema que padece un número muy elevado de personas. La población de indígenas, por ejemplo, enfrenta distintos obstáculos —entre ellos, las barreras culturales y el idioma— para acceder a los servicios de salud: los muchos prejuicios sociales de que son objeto no son el menor de ellos, restringiendo gravemente el entendimiento en la relación médico-paciente, lo que también ha sido reportado en otros países (41, 42). En los migrantes, en cambio, el principal inconveniente

radica en su condición de irregularidad en materia migratoria, puesto que la falta de un registro de residencia legal les impide tener acceso a servicios básicos de salud y de educación tanto en EE. UU. como en México (43). Por último, la falta de empleo formal en el transcurso de la vida productiva trae aparejado que los adultos mayores reciban un fondo de retiro reducido que les impide envejecer dignamente (30, 44). El denominador común en los tres GV analizados en el presente estudio es la falta de seguridad social, siendo la población indígena la más desprotegida.

En 2002 entró en vigor el Seguro Popular de Salud (SPS) dirigido a GV y personas sin seguridad social (45), pero existen más de 25 millones de personas sin protección en salud, sobre todo indígenas. En esa población —la indígena— el porcentaje que no tenía seguro de salud para 2012 fue de 24,3%, frente a 21,2% para población no indígena (46). Vale la pena resaltar que programas sociales como *Oportunidades*, el cual funciona con distintos nombres desde 1979, han logrado ciertas mejoras significativas en materia de acceso a servicios de salud (47).

### RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

Como se ha visto, en México resulta imprescindible realizar algunos cambios en las políticas públicas en pos de mejorar la atención en salud, en particular la de los grupos vulnerables. Entre esos cambios, se recomiendan los siguientes (cuadro 2).

**Mejorar el acceso a los servicios de salud.** Es necesario disminuir las barreras que dificultan el acceso y la utilización de los servicios de salud, mejorar la infraestructura de las unidades médicas, disponer de recursos humanos capacitados en competencias interculturales y garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos sanitarios.

**Fortalecer la atención primaria.** Resulta imperioso virar desde el actual enfoque biomédico hacia una atención en salud centrada en las personas y las comunidades, promoviendo su participación y empoderamiento, así como mejorar la disponibilidad de servicios de calidad y garantizar la coordinación y la comunicación entre los niveles de tomadores de decisiones. Adicionalmente, y con el propósito de identificar a los grupos poblacionales más desprotegidos, se torna indispensable el crear un sistema de registro nominal que permita contar con información confiable para medir la cobertura de los servicios de salud (48).

**Elaborar políticas públicas incluyentes.** Las políticas públicas deben orientarse a detener el camino que lleva a una situación de vulnerabilidad mediante intervenciones oportunas. Tales medidas tendrán como propósito disminuir los determinantes sociales que conducen a las personas a tomar decisiones inadecuadas y riesgosas para su salud.

**Incluir a las organizaciones de la sociedad civil.** Es necesario generar fuertes lazos entre las OSC, el Estado y el sector privado a través de alianzas estratégicas que permitan

**CUADRO 2. Recomendaciones de política pública para mejorar la atención en salud de grupos vulnerables (GV), México, 2014**

Recomendación	Motivo	Estrategia
Mejorar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras que impiden el acceso y la utilización de los servicios</li> <li>• Infraestructura inadecuada de las unidades de salud</li> <li>• Desabastecimiento de medicamentos</li> <li>• Recursos humanos no capacitados para atender las necesidades particulares de GV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratar traductores de lenguas locales</li> <li>• Instalar unidades médicas permanentes en zonas de difícil acceso</li> <li>• Destinar fondos a los sistemas estatales de salud para la compra de materiales (instrumental, mobiliario, medicamentos) necesarios para las unidades de atención primaria</li> <li>• Contratar un número mayor de médicos para zonas rurales y proporcionar incentivos especiales para garantizar su permanencia</li> <li>• Informar y sensibilizar culturalmente a los distintos prestadores de servicios en EE. UU.</li> </ul>
Fortalecer la atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y persistencia de las “enfermedades de la pobreza”</li> <li>• Falta de oportunidad en materia de prevención y atención en salud</li> <li>• Modelo de atención enfocado en la biomedicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar modelos enfocados en la atención de las inequidades sociales y de salud</li> <li>• Promover la participación comunitaria en salud y el empoderamiento de la población</li> <li>• Favorecer la atención en salud centrada en las personas y las comunidades</li> <li>• Implementar campañas que informen a los usuarios sobre sus derechos en relación a la salud</li> <li>• Impulsar programas de promoción a la salud enfocados en la prevención y la atención de enfermedades crónicas</li> <li>• Mejorar la calidad de los servicios de salud</li> <li>• Garantizar la coordinación entre niveles de tomadores de decisiones</li> <li>• Establecer un sistema de registro nominal</li> </ul>
Elaborar políticas públicas incluyentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los programas destinados a la atención de los GV no han sido eficaces</li> <li>• Han sido elaborados sin considerar la perspectiva de los GV</li> <li>• Intervenir oportunamente detiene el proceso hacia la vulnerabilidad</li> <li>• No existe una articulación de políticas binacionales en salud para migrantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular estrategias intersectoriales</li> <li>• Incorporar una perspectiva incluyente de los GV</li> <li>• Retomar la evidencia generada por la investigación en salud para la toma de decisiones</li> <li>• Concertar acciones y políticas con otros países (como EE. UU.) para promover la salud de los migrantes</li> </ul>
Incluir a las organizaciones de la sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las OSC tradicionalmente han trabajado con GV</li> <li>• Responden a necesidades no satisfechas por el sistema de salud</li> <li>• Representan a un sector de la sociedad civil que necesita y debe ser escuchado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer alianzas estratégicas entre OSC, el Estado y el sector privado</li> <li>• Retomar las experiencias exitosas de OSC en la atención en salud de GV</li> <li>• Facilitar la participación de las OSC en la política pública en salud</li> <li>• Elaborar convocatorias de apoyo (económico, técnico) para que las OSC realicen intervenciones específicas</li> <li>• Impulsar los debates públicos entre las OSC y las autoridades públicas de salud</li> </ul>
Fomentar redes de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de enfermedades que requieren cuidados en el hogar</li> <li>• Necesidad de los pacientes de una red de apoyo para mejorar su condición emocional y física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear esquemas alternativos de monitoreo que incluyan a la familia</li> <li>• Crear “centros de día” para integrar acciones educativas, de recreación, preventivas y asistenciales</li> <li>• Incluir en las estrategias de atención a grupos locales organizados</li> <li>• Diseñar acciones específicas por GV</li> </ul>
Incorporar las recomendaciones de organismos internacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• México ha suscrito compromisos internacionales para implementar acciones públicas focalizadas en los determinantes sociales de la salud</li> <li>• Existencia de recomendaciones de organismos internacionales reconocidos en materia de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar los compromisos internacionales suscritos y proceder a su cumplimiento</li> <li>• Incorporar, en el diseño de las políticas públicas, las acciones necesarias para atender las recomendaciones de organismos internacionales como OMS/OPS y PNUD</li> </ul>
Medidas planificadas desde una perspectiva intercultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los centros de atención primaria no disponen de un enfoque intercultural</li> <li>• Existen obstáculos culturales que dificultan una relación médico-paciente adecuada</li> <li>• La oferta de salud no está preparada para las necesidades de los GV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar al personal de salud en temas de interculturalidad</li> <li>• Incluir aspectos interculturales en el plan de estudios de medicina</li> <li>• Comprender que la visión intercultural no sólo sirve para zonas con poblaciones indígenas</li> <li>• Ajustar los programas de salud a las particularidades (idioma, hábitos, creencias) de los GV</li> </ul>
Implementar políticas intersectoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La falta de coordinación y comunicación entre las autoridades e instituciones públicas, en la mayoría de los programas y niveles de atención y de gobierno (federal, estatal, municipal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover reuniones entre las instituciones que atienden a los GV y las autoridades públicas (nivel decisores) para acordar acciones conjuntas</li> <li>• Unificar los presupuestos y realizar acciones comunes para evitar la parcialización de los fondos y la repetición de actividades</li> <li>• Fomentar políticas con EE. UU. que permitan la atención en ambos países</li> </ul>

EE. UU.: Estados Unidos; OSC: Organizaciones de la sociedad civil; OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de Salud; PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

utilizar esos recursos que, al día de hoy, continúan siendo desaprovechados.

**Fomentar redes de apoyo social.** Un buen ejemplo de esto es capacitar a los familiares de los adultos mayores para que puedan realizar el seguimiento de las enfermedades crónicas (cuidador domiciliario). En relación a este mismo grupo etario, existen diversas formas de fomentar esas redes, incluidas la creación de “centros de día” y de otros espacios donde se integren acciones educativas, de recreación, preventivas y asistenciales.

**Incorporar las recomendaciones de organismos internacionales.** Realizar un análisis minucioso de los compromisos internacionales suscritos y las recomendaciones de distintos organismos son cuestiones indispensables para eliminar las inequidades sociales y de salud y promover el desarrollo. La OMS/OPS y el PNUD impulsan, por medio de sus reportes regionales, la implementación de medidas específicas para tales fines.

**Medidas planificadas desde una perspectiva intercultural.** Es perentorio incorporar en los centros de atención primaria un enfoque intercultural que garantice la disminución de los obstáculos culturales que limitan a los grupos vulnerables el acceso a los servicios de salud —y no sólo en las zonas donde residen las mayores poblaciones de esos grupos, sino en los centros de atención primaria de todo el país (49).

**Implementar políticas intersectoriales.** La salud no es responsabilidad exclusiva del sector salud, puesto que incluye aspectos que se vinculan en mayor o menor medida con distintos sectores de la sociedad. Por tal motivo es necesario articular acciones con políticas intersectoriales que garanticen el éxito de los programas e impacten positivamente en el bienestar general de toda la comunidad.

A modo de conclusión puede decirse que tanto las políticas públicas mexicanas como las de otros

países donde existen inequidades en el acceso a la salud deben partir por reconocer e identificar las necesidades propias de cada GV. A partir de asumir el compromiso que tal reconocimiento implica se podrán diseñar, priorizar e implementar estrategias inclusivas dentro de un modelo interdisciplinario, intersectorial e intercultural.

**Conflictos de interés.** Ninguno declarado por las autoras.

---

## SYNOPSIS

### Health inequality among vulnerable groups in Mexico: older adults, indigenous people, and migrants

*Health vulnerability refers to a lack of protection for specific population groups with specific health problems, as well as the disadvantages they face in solving them in comparison with other population groups. This major public health problem has multiple and diverse causes, including a shortage of trained health care personnel and the lack of family, social, economic, and institutional support in obtaining care and minimizing health risks. Health vulnerability is a dynamic condition arising from the confluence of multiple social determinants. This article attempts to describe the health situation of three vulnerable groups in Mexico—older adults, indigenous people, and migrants—and, after defining the needs of each, explore measures that could contribute to the design and implementation of public health policies better tailored to their respective needs.*

**Key words:** Health vulnerability; health inequalities; public policies; risk groups; indigenous population; transients and migrants; aged; Mexico.

---

## REFERENCIAS

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: Romper la transmisión generacional de la desigualdad. 1.ª ed. San José de Costa Rica: PNUD; 2010.
- Etienne C. Equity in health systems. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(2): 79–80.
- Atal JP, Ñopo H, Winder N. *New Century, Old Disparities. Gender and Ethnic Wage Gaps in Latin America.* Interamerican Development Bank (IDB). Washington D.C.: IDB; 2009. (Working Papers, Series No. IDB-W P-109).
- World Health Organization. Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach. Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health. Disponible en: <http://www.worldwe want2015.org/es/node/300184> Acceso el 6 de marzo de 2014.
- World Health Organization (WHO). Closing the health equity gap. Policy Options and Opportunities for action. NLM classification: WA 525. Geneva: WHO; 2013.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: [whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf) Acceso el 07 de marzo de 2014.
- Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf) Acceso el 7 de marzo de 2014.
- Lopez-Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el

- Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*. 2008;3(4):323–35. Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538> Acceso el 10 de marzo de 2014.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2012. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=20687&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20687&Itemid=) Acceso el 10 de marzo de 2014.
  10. González-Block MA, Duarte Gómez MB, Salgado de Snyder N, Robles-Silva L, Scott J. Atención a la salud de grupos vulnerables. Hacia una síntesis de la literatura. Resumen Ejecutivo. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
  11. Pelcastre B, Ruelas G, Reyes H, Meneses S, Amaya A. Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas. Resumen ejecutivo. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2011.
  12. México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México: INEGI; 2011.
  13. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. New York: UNDP; 2013. Disponible en: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013\\_en\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf) Acceso el 1 de abril de 2014.
  14. The World Bank. Report 2013: Mexico Overview. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/country/mexico/overview> Acceso el 15 de marzo de 2014.
  15. Busso G. Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a principios del siglo XXI. Seminario internacional. Las diferentes expresiones de vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas; 2001. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf> Acceso el 10 de marzo de 2014.
  16. México, Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México, 2013. México, D.F.: CONAPO; 2013. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Publicacion\\_Completa\\_La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2013](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Publicacion_Completa_La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013) Acceso el 10 de marzo de 2014.
  17. Narro Robles J, Moctezuma Navarro D. Analfabetismo en México: Una deuda social. *Real Datos Espacio*. 2012;3(3):5–17. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/RDE\\_07/Doctos/RDE\\_07\\_Art1.pdf](http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/RDE_07/Doctos/RDE_07_Art1.pdf) Acceso el 10 de marzo de 2014.
  18. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza. Anexo estadístico de pobreza en México, 2012. Indicadores complementarios. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medicion/Pobreza%202012/Anexo-estadistico-pobreza-2012.aspx> Acceso el 10 de marzo de 2014.
  19. Ruelas González MG, Pelcastre Villafuerte B, González Vázquez T. Percepción de médicos de consulta externa respecto al maltrato en el adulto mayor. En: Reyes Gómez L, Villasana Benitez S, eds. *Gerontología Social, Estudios de Argentina, España y México*. México: Universidad Autónoma de Chiapas; 2011.
  20. Ruelas González MG, Salgado de Snyder VN. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Rev Chil Salud Pública*. 2009;13(2):90–9.
  21. Ruelas González MG, Salgado de Snyder VN. Lesiones accidentales en adultos mayores: Un reto para los sistemas de salud. *Salud Pública Mex*. 2008;50:463–71.
  22. México, Secretaría de Salud. SINAVE/DGE/SALUD. Perfil Epidemiológico de los Grupos Vulnerables en México; 2012. Disponible en: [http://epidemiologiatax.files.wordpress.com/2012/10/grupos\\_vulnerables\\_final\\_junio12.pdf](http://epidemiologiatax.files.wordpress.com/2012/10/grupos_vulnerables_final_junio12.pdf) Acceso el 15 de marzo de 2014.
  23. México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). La mortalidad materna indígena y su prevención. México, D.F.: CDI/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2010. Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad\\_materna\\_indigena\\_prevenccion\\_cdi\\_pnud.pdf](http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad_materna_indigena_prevenccion_cdi_pnud.pdf) Acceso el 12 de marzo de 2014.
  24. Stoney S, Batalova J. Mexican Immigrants in the United States. Migration Information Source; 2013. Disponible en: <http://www.migrationinformation.org/usfocus/display.cfm?ID=935#1> Acceso el 12 de marzo de 2014.
  25. Passel J, Cohn DV, Gonzalez Barrera A. Population Decline of Unauthorized Immigrants Stalls, May Have Reversed. Pew Research Hispanic Trends Project, 2013. Disponible en: <http://www.pewhispanic.org/2013/09/23/population-decline-of-unauthorized-immigrants-stalls-may-have-reversed/> Acceso el 12 de marzo de 2014.
  26. Salgado de Snyder VN, González Vázquez TT, Bojórquez Chapela I, Infante Xibille C. Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud. Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
  27. Wallace S. Access to health insurance & care among Mexican binationals: Reality & potential. Orlando: Academy Health's Annual Research Meeting; 2007.
  28. Pew Hispanic Center. Mexican Immigrants in the United States; 2008. Disponible en: [www.pewhispanic.org/files/factsheets/47.pdf](http://www.pewhispanic.org/files/factsheets/47.pdf) Acceso el 12 de marzo de 2014.
  29. Vargas Bustamante A, Fang H, Garza J, Carter Pokras O, Wallace S, Rizzo J, et al. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: The role of documentation status. *J Immigr Minor Health*. 2012;14:146–55.
  30. Márquez Serrano M, Pelcastre Villafuerte B, Salgado de Snyder N. Recursos económicos y derechohabencia en la vejez en contextos de pobreza urbana. En: Salgado de Snyder N, Wong R, eds. *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio de cuatro ciudades de México*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
  31. Gutiérrez Robledo LM, Lezama Fernández MA. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriatria; 2013. Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones\\_ig/Prop\\_Plan\\_Accion\\_Envejecimiento\\_Salud.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones_ig/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf) Acceso el 2 de abril de 2014.
  32. Cano Valle, F. Día mundial de la alimentación: Primer encuentro nacional e internacional sobre nutrición médica en la patología respiratoria. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2004;17(4):253–5.
  33. Piñón Lerín S. Inequidad en salud e interculturalidad. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS); 2006.
  34. México, Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007–2012. Salud del Migrante. Disponible en: <http://es.calameo.com/read/000497546179442d72916> Acceso el 12 de marzo de 2014.
  35. Borre K, Ertle L, Graff M. Working to eat: Vulnerability, food insecurity, and obesity among migrant and seasonal farmworker families. *Am J Ind Med*. 2010;53(4):443–62.
  36. Pelcastre B, Márquez M, Ruiz M, Meneses S, Amaya C, Gómez Y. La experiencia de la casa de la mujer indígena: Sistematización y evaluación del proceso. Resumen Ejecutivo. Cuernavaca, México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología/Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
  37. Duarte Gómez MB. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: El caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Salud Pública Mex*. 2004;46(5):388–98.
  38. Paulus D, Van Den Heede K, Mertens R. Position Paper: Organisation of care for chronic patients in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian KCE Reports 190Cs. D/2012/10.273/84. Health Care Knowledge Centre; 2012.
  39. Salgado de Snyder VN, Gonzalez Vazquez T, Infante C, Márquez Serrano M, Pelcastre B, Serván E. Servicios de salud en la Mixteca: utilización y condición de afiliación en hogares de

- migrantes y no-migrantes a EU. *Salud Publica Mex.* 2010;52(5):424-31.
40. Leyva R, Caballero M. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
  41. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica Mex.* 2007;49(2):86-93.
  42. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *Lancet.* 2009;374:76-85.
  43. Salgado de Snyder VN, Riosmena F, Gonzalez Block MA, Wong R. Migrant health vulnerability through the migration process: Implications for health policy in Mexico and the United States. In: Escobar A, Martin S, Lowell L, eds. *The binational study on Mexican immigrants in the US and Mexico.* Washington, D.C.: Georgetown University; 2013.
  44. Pelcastre Villafuerte B, Márquez Serrano M, Treviño Siller S, González Vázquez T. Apoyos sociales y salud de adultos mayores que viven en la pobreza urbana. *Cad Saude Publica.* 2011;27(3):460-70.
  45. México, Secretaría de Salud. Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud; 2002. Disponible en: [http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2002/r12\\_salud/completos/ro\\_seguropopular\\_2002.htm](http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2002/r12_salud/completos/ro_seguropopular_2002.htm) Acceso el 12 de marzo de 2014.
  46. México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza. Resultados de pobreza en México 2012 a nivel nacional y por entidades federativas. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%c3%b3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx> Acceso el 12 de marzo de 2014.
  47. Cortés F, Escobar A, González M. *Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales.* México, D.F.: El Colegio de México; 2008.
  48. Gutiérrez JP, Hernández Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Publica Mex.* 2013;55 supl 2:S83-90.
  49. Del Popolo F. *Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: Experiencias en América Latina.* Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2008.
- 

Manuscrito recibido el 30 de junio de 2013. Aceptado para publicación, tras revisión, el 27 de febrero de 2014.