

Los sistemas de salud deben asegurar la atención a la salud de las poblaciones que, por diversos factores, enfrentan situaciones de particular vulnerabilidad. Esto exige una toma de decisiones basada en el mejor conocimiento disponible. La abundancia de evidencia científica exige la síntesis de literatura para informar y sustentar la elaboración de políticas y programas de salud. El Consorcio para el Desarrollo de los Sistemas Estatales de Salud (INDESES) se propuso desarrollar métodos de síntesis para facilitar el acceso de la literatura internacional sobre ancianos, indígenas, migrantes y pobres.

Si bien en el año 2000 los ancianos representaban el 4.6% de la población total, de acuerdo a las proyecciones, en el 2050 representarán el 25%. La atención a la salud de los indígenas encierra una deuda histórica impostergable. El constante aumento de mexicanos que buscan mejores condiciones de vida emigrando a Estados Unidos obliga a considerar tanto sus necesidades de atención como las de sus parientes que permanecen en México. Por último, la pobreza de patrimonio es una condición determinante de la salud que aqueja a cerca del 43% de la población.

La atención de largo plazo con enfoques comunitarios para los ancianos ha demostrado importantes beneficios para su bienestar. Por lo que toca tanto a los indígenas como a los migrantes, su participación activa y decidida ha probado ser una estrategia fundamental para el éxito de las políticas y programas de salud en la medida en que los enfoques de inclusión e intercultural logran adecuar los servicios a situaciones muy diversas y cambiantes. Finalmente, la literatura internacional sugiere que el gasto público en salud alcanza su mayor impacto en la medida en que está focalizado en los pobres.



# Atención a la salud de grupos vulnerables

## Hacia una síntesis de la literatura

### RESUMEN EJECUTIVO



# **Atención a la salud de grupos vulnerables**

## **Hacia una síntesis de la literatura**

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

**Atención a la salud de grupos vulnerables**  
**Hacia una síntesis de la literatura**  
**Resumen Ejecutivo**

Primera Edición, 2007

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad 655  
Sta. Ma. Ahuacatlán  
62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

ISBN 978-970-9874-32-7

Esta publicación forma parte del trabajo realizado por el Consorcio de Investigación para el Desarrollo de los Sistemas Estatales de Salud (INDESES).

**Investigador principal:** Miguel Angel González Block

**Expertos en grupos vulnerables:**

María Beatriz Duarte-Gómez – Indígenas

V. Nelly Salgado de Snyder – Migrantes

Leticia Robles Silva – Ancianos

John Scott – Pobres

**Coordinación y adaptación:** Víctor Becerril Montekio

# Contenido

	Principales hallazgos y recomendaciones	5
1.	Antecedentes	9
1.1	Definición de vulnerabilidad y selección de poblaciones vulnerables objeto del estudio.	
1.2	Importancia de las políticas de salud basadas en resultados de investigación	
1.3	Síntesis de literatura	
2.	Metodología	12
3.	Resultados	16
3.1	Características de la literatura sobre grupos vulnerables y sistemas de salud	
3.2	Ancianos	
3.3	Indígenas	
3.4	Migrantes	
3.5	Pobres	



# Principales hallazgos y recomendaciones

Un primer acercamiento a la literatura mundial en los últimos 10 años sobre sistemas de salud y grupos vulnerables de alta prioridad para México arrojó un total de 1,940 referencias indexadas en Medline. La literatura más abundante fue sobre el tema de pobreza (51.8%), seguida de los temas de ancianos (18.8%), indígenas (17.8%) y migrantes (11.6%).

Al utilizar diversos motores de búsqueda y acervos para incluir literatura gris disponible internacionalmente se localizaron 4,506 referencias, distribuidas aproximadamente en partes iguales entre los cuatro grupos.

Los países de ingresos altos concentran 86.0% de la literatura y el idioma de la literatura es predominantemente inglés, con 90.3% del total de las citas.

La producción de revistas se concentra en Estados Unidos y Canadá (60.3%) y Europa (25.2%) y sólo 3% de los artículos se producen en América Latina y el Caribe, si bien 4.8% de los artículos versan sobre estos países.

## Ancianos

Se identificaron dos importantes estrategias para la atención a la salud de los ancianos: las acciones encaminadas a lograr una vejez saludable y la atención de largo plazo para responder a las necesidades derivadas de la discapacidad y el mantenimiento de una vida independiente.

El logro de una vejez saludable exige acciones de promoción, prevención y control de enfermedades a lo largo de toda la vida y no únicamente durante la vejez. Entre las políticas y estrategias que han probado tener mayor efectividad destacan las siguientes:

- Atención a la prevención y al control de las enfermedades
- Énfasis en las enfermedades crónicas sin descuidar las infecciosas
- Abordaje de conjunto de las enfermedades crónicas y sus riesgos
- Colaboración de carácter intersectorial para crear políticas integrales
- Estrategias de responsabilidad compartida entre Estado, sociedad civil y sector privado
- Intervenciones comunitarias para prevención e individuales para control de enfermedades

La atención de largo plazo de los ancianos tiene como objetivo prevenir un mayor deterioro en su capacidad funcional y mantener su interacción social. Incluye una amplia gama de servicios prestados tanto por cuidadores formales como informales. Debe centrarse en:

- Política coordinada e integrada a los servicios de salud y sociales
- Atención a nivel comunitario y en el hogar
- Atención dirigida tanto a los ancianos como a sus cuidadores
- Creación de una “coordinación de casos” que garantice una vía de entrada única
- Equipos multidisciplinarios que reconozcan del papel fundamental de las enfermeras
- Aprovechamiento de las estructuras comunitarias y familiares del cuidado informal

## Indígenas

La literatura refiere una situación de salud que muestra inequidades y desventajas de los indígenas frente a los no indígenas originadas en determinantes culturales, económicos, ambientales, sociopolíticos, geográficos y del propio sistema de salud.

La literatura destaca entre las políticas de atención a los pueblos indígenas:

- Creación de competencias de interculturalidad en el personal de salud
- Oportunidades de capacitación para indígenas
- Dependencias gubernamentales especiales para la salud de los indígenas
- Participación, autonomía o delegación de la gestión a la comunidad
- Articulación de la medicina tradicional con la medicina convencional
- Adaptación de los servicios a la cultura local para mejorar la aceptación y el impacto

Una amplia discusión en la literatura coloca el enfoque intercultural como estrategia central para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud de los indígenas.

Dicho enfoque requiere de cuatro tipos esenciales de intervenciones:

- Capacitación de miembros de la comunidad a nivel técnico y profesional
- Capacitación de terapeutas tradicionales como apoyo a los programas institucionales
- Sensibilización y capacitación del personal de salud para el trabajo intercultural con énfasis en el personal de enfermería
- Servicios adaptados a la cultura local en términos de recursos humanos, organización e infraestructura

## Migrantes

La síntesis se centró en la migración de mexicanos hacia Estados Unidos atendiendo a dos temas:

- Determinantes sociales de la salud de los migrantes y sus familias
- Políticas y acciones exitosas para promover el acceso y la utilización de los servicios

Entre los *determinantes de la salud* de los migrantes, la literatura destaca:

- El contexto de carencias y pobreza en las comunidades de origen
- El acceso limitado a los servicios de salud
- Los riesgos ligados a su situación de indocumentados
- La exclusión social y la falta de conocimiento del idioma inglés
- Los estilos de vida, cultura y valores que limitan el acceso a los servicios de salud
- Las conductas de alto riesgo, especialmente en comportamientos sexuales
- La falta de apoyo familiar y social

Se sugiere que las políticas y acciones para promover el acceso a los servicios de salud deben ser específicas para el origen, el tránsito y el destino. Entre estas destacan:

- Participación de los migrantes en la definición de necesidades y acciones
- Incorporación de prestadores de servicios sensibles a la cultura de los migrantes
- Ampliación del acceso cultural, ideológico y geográfico a los servicios
- Involucramiento de los países de origen y destino en la protección de la salud de los migrantes
- Programas de atención primaria y diagnóstico temprano de enfermedades infecciosas y crónico degenerativas
- Protección de los derechos humanos, sociales y laborales de los migrantes
- Atención especial a los migrantes más vulnerables (mujeres, ancianos, indígenas y menores)
- Investigación por grupos de migrantes y evaluación de los programas
- Establecimiento de un seguro binacional
- Acuerdos migratorios entre México y Estados Unidos



## Pobres

La literatura sobre pobreza y salud a nivel mundial puede clasificarse en tres grandes grupos según su objeto:

- Descripción de la salud y la inequidad en salud bajo diferentes situaciones de pobreza
- Relación entre pobreza, acceso a los servicios y financiamiento de la salud
- Análisis del desempeño de los sistemas de salud, de los programas dirigidos a la población pobre y las acciones para reducir desigualdades en salud

Las conclusiones más importantes de la literatura pueden resumirse en lo siguiente:

- El efecto del gasto en salud sobre los estados de salud no es significativo
- Esto se explica por restricciones en la capacidad institucional y fallas de mercado en la distribución de los servicios
- El gasto público en salud sí logra un impacto significativo al focalizarse en los pobres
- Los gastos catastróficos en salud provocan una caída severa en la capacidad de consumo
- En los países en desarrollo, aunque el financiamiento de la salud concentra la carga en los grupos de mayores ingresos, no logra redistribuir los recursos para la salud

Estudios cuantitativos y cualitativos sugieren diferentes estrategias para mejorar el acceso de los pobres a los servicios de salud, entre ellas:

- Usar subsidios cruzados a favor de los más pobres
- Usar fórmulas de asignación geográfica basadas en necesidades y vinculadas a la descentralización de los servicios
- Fortalecer los presupuestos de atención primaria enfocados en los pobres.
- Impedir los gastos catastróficos en salud

Siguiendo esta lógica, la literatura para México reporta la aplicación de paquetes básicos de salud en el curso de la última década, pero se ha publicado poco en torno a sus efectos. Finalmente, la priorización de intervenciones requiere estudios confiables sobre su costo.

# I. Antecedentes

El Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se propuso fortalecer la capacidad de demanda y utilización de resultados de investigación de las entidades federativas. Para ello se estableció el Consorcio de Investigación para el Desarrollo de los Sistemas Estatales de Salud (Consortio INDESES, ver Figura 1), cuyo esfuerzo se enfocó en la capacidad de los tomadores de decisiones de demandar y utilizar resultados de investigación para responder a las necesidades de cuatro grupos vulnerables: ancianos, indígenas, migrantes y pobres. Una primera etapa de este proyecto financiado por CONACYT fue el desarrollo de síntesis de literatura como una herramienta para informar tanto la formulación y adecuación de políticas de salud como para orientar la priorización de la investigación.

■ Figura 1

## Consortio INDESES

Investigadores	Consejo Consultivo
Dr. Miguel Ángel González Block Centro de Investigación en Sistemas de Salud INSP	Dr. Jorge Manuel Sánchez González Consejo Nacional de Salud – SSA
Dr. Francisco Javier Mercado Centro Universitario de Ciencias de la Salud Universidad de Guadalajara	Dr. Eduardo Pesqueira Villegas Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud - SSA
Dr. Héctor Ochoa Díaz-López El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)	Dr. Ricardo Pérez Cuevas Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud - IMSS
Dr. Héctor Rivera Valenzuela Facultad de Medicina - Universidad Autónoma de Baja California	Dr. Félix O. Martínez Alcalá Servicios de Enseñanza e Investigación - ISSSTE
Dr. Manuel Ruiz de Chávez Fundación Mexicana para la Salud	Dra. Raffaella Schiavon Ermani Ipas, México, A.C .
Dra. Oliva López Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco	

## I.1 Definición de vulnerabilidad y selección de poblaciones vulnerables objeto del estudio.

La vulnerabilidad social se refiere a la relativa desprotección de un grupo poblacional que enfrenta ya sea daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades personales o bien violación de sus derechos humanos por no contar con recursos personales, familiares, comunitarios, sociales, económicos o institucionales. También se define por el tipo de interacción entre estos recursos y el manejo que los individuos hacen de ellos.

Los sistemas de salud deben enfocarse hacia la reducción de la vulnerabilidad social. Para ello deben considerar políticas enmarcadas en el contexto general de las estrategias de desarrollo social cuyo diseño e implementación sólo será posible si se sustentan en el mejor conocimiento. Comprender, a través de la investigación, cómo responden los sistemas de salud a las situaciones de vulnerabilidad es útil para el desarrollo de políticas de salud y para el diseño de intervenciones específicas. Esta investigación se propuso identificar las principales intervenciones de los sistemas de salud que pueden mejorar la respuesta social organizada para atender la salud de los grupos vulnerables incluidos en el estudio.

## 1.2 Importancia de las políticas de salud basadas en resultados de investigación

Los servicios de salud en los ámbitos estatal, municipal y delegacional encaran cada día mayores presiones para incidir en la atención a los grupos vulnerables por medio de la extensión de la seguridad social en salud y la atención digna, efectiva y gratuita al momento de la atención, todo ello dentro del marco del buen gobierno democrático. El nivel estatal cuenta ya con mayores recursos federales a la vez que con una mayor co-responsabilidad en el financiamiento de servicios asegurados para el sector informal. Estas responsabilidades deben traducirse en una mayor eficiencia e integración sectorial conforme se alcanza la meta de cobertura universal de la seguridad social en salud para el 2010.

No obstante, las autoridades estatales encaran limitaciones tanto en la información que tienen a mano como en las capacidades institucionales para transformarla en acción, lo cual amenaza con un grave desperdicio de recursos y oportunidades. Para superar estas brechas es recomendable la interacción temprana, intensa, personal, duradera y continua entre investigadores y tomadores de decisiones. Las revisiones sistemáticas y síntesis de resultados de investigación pueden ayudar a cerrar las brechas.

## 1.3 Síntesis de literatura

A partir del surgimiento de la Colaboración Cochrane como una iniciativa para realizar revisiones sistemáticas de la literatura de investigación clínica se ha vuelto común el uso de revisiones sistemáticas en otros campos a fin de establecer conclusiones más sólidas sobre la efectividad de diversas intervenciones que inciden sobre la salud. Esta metodología está ahora siendo ampliada para investigación sobre intervenciones de salud más complejas y con diversos diseños metodológicos, incluso para la revisión de políticas y programas de salud. Las síntesis de investigación sobre políticas de salud han identificado tres tipos de aproximaciones: realista, narrativa y cualitativa.

**Síntesis realista.** Mientras que las revisiones sistemáticas en general han intentado responder a la pregunta sobre la efectividad de las intervenciones, la síntesis realista busca establecer las condiciones de organización o de cultura bajo

las cuales es más factible que funcione cierta política. Su principal objetivo es profundizar la comprensión de los diseñadores de políticas sobre cómo funciona el mundo para dar mayor eficacia a sus intervenciones.

**La síntesis narrativa.** Esta aproximación analiza la literatura para identificar los elementos y conclusiones comunes o recurrentes lo mismo que procesos clave a fin de poner los resultados de la investigación a disposición de los tomadores de decisiones para su aplicación en contextos específicos. La síntesis narrativa es guiada en cierto grado por los investigadores y se ha usado para identificar nuevas perspectivas. Siendo más sistemática y transparente, se puede decir que ofrece resultados más inteligibles para los diseñadores de políticas.

**La síntesis cualitativa.** Esta aproximación busca en la literatura datos primarios con el fin de integrar diversos contextos y realidades en un panorama más amplio. Busca realizar un meta-análisis que arroje resultados de mayor generalidad. Usando métodos interpretativos, trata de hacer compatibles diversas descripciones y llevar a cabo un mapeo de los variados conceptos utilizados por los investigadores a fin de lograr una teoría más amplia.

Los tres métodos comparten algunos elementos comunes, en especial en términos de los pasos más amplios que siguen y un conjunto de criterios básicos. La identificación de preguntas clave es un paso fundamental para orientar el desarrollo de la síntesis. La aproximación narrativa empieza con una pregunta general que va refinando, mientras que el enfoque realista procura una comprensión previa de la perspectiva de los decisores.

Cualquiera que sea el método utilizado, los resultados de una síntesis deben dar cuenta de manera objetiva del estado del arte reflejado en la literatura y de haber incluido información pertinente y de validez científica. Ciertas preguntas permiten monitorear su desarrollo metodológico:

- ¿Están bien formulados los objetivos de la síntesis, ya sea para dar apoyo al conocimiento mediante esclarecimiento, comprensión e inspiración o para dar apoyo a las decisiones a través de soluciones y recomendaciones?
- ¿Las preguntas de la revisión son pertinentes?
- ¿Los métodos son descritos de manera explícita e íntegra?
- ¿Se justifican los diferentes pasos en la selección e interpretación de la literatura?
- ¿Existe una correspondencia adecuada entre las preguntas de la revisión y la literatura y las otras fuentes consultadas?
- ¿Se incluyeron las disciplinas, habilidades, conocimiento y experticia adecuados?
- ¿Se consideró correctamente el contexto de la aplicación?
- ¿Se explicaron claramente las bases de las recomendaciones, en caso de que las haya?

## 2. Metodología

**E**l Consorcio INDESES seleccionó a los grupos vulnerables del estudio atendiendo a su importancia para el desarrollo de los sistemas de salud así como a la capacidad de investigación disponible. Para cada uno de estos grupos se invitó a participar a un consultor experto. El primer paso fue un taller de discusión sobre métodos de elaboración de síntesis, en el cual se acordó seguir la metodología de síntesis narrativas, complementada con otros métodos de consulta con tomadores de decisiones. Este resumen ejecutivo informa sobre los alcances de la identificación de intervenciones efectivas para atender a grupos vulnerables. Tomándola como punto de partida, es de esperarse que se lleve a cabo un ejercicio de consulta con tomadores de decisiones a fin de enriquecer las conclusiones de la síntesis integrando su punto de vista.

Los pasos que se siguieron para cada una de las cuatro síntesis fueron:

1. Identificación de las preguntas de investigación sobre grupos vulnerables en general y a nivel mundial, incluyendo sus determinantes socioeconómicas, condiciones de salud y la respuesta social organizada a las mismas.
2. Especificación de dos preguntas para cada uno de los grupos vulnerables a partir de las preguntas generales (Figura 2).
3. Búsqueda y análisis de literatura a nivel macro, siguiendo un procedimiento uniforme para los cuatro grupos, con el fin de identificar las características generales de la literatura a nivel mundial publicada entre 1996 a 2006 (*scoping review*).
4. Especificación de las preguntas de búsqueda a nivel meso, con el fin de establecer las intervenciones más relevantes para cada grupo vulnerable en el contexto de países en desarrollo.
5. Búsqueda de literatura utilizando diversas palabras clave y las bases de datos y aproximaciones más adecuadas para cada grupo vulnerable, enfocando en las publicaciones disponibles principalmente en revistas científicas y dejando la literatura gris para una etapa subsiguiente.
6. Análisis de los resultados de las búsquedas a fin de determinar la calidad y pertinencia de las referencias localizadas, primeramente con base en el resumen y después en el texto completo. Este proceso fue llevado a cabo en paralelo por dos revisores siguiendo una lista de criterios previamente adaptada y consensuada para los cuatro grupos vulnerables y utilizando un cuadro para consignar el procedimiento de selección de referencias. La selección siguió un proceso que fue consignado mediante el cuadro que muestra la Figura 3.

- Análisis de las referencias de alta calidad para identificar las intervenciones que habrían de ser objeto de consideración para rendir un informe sobre su aplicabilidad en México.

La revisión general (*scoping review*) se llevó a cabo utilizando el motor de búsqueda conceptual de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud instrumentado por Collexis (AIPSS/Collexis). En vez de utilizar palabras clave, este motor permite hacer búsquedas conceptuales basadas en textos de diversa extensión, desde un párrafo hasta el resumen de un artículo. Estos textos, llamados perfiles, son interpretados por el motor de búsqueda para identificar todas las referencias que más se les asemejan.

Figura 2

**Perfiles generales y por grupo vulnerable usados con el motor IPSS/Collexis**

	Determinantes	Políticas
General	Características y determinantes de la salud, económicas y sociodemográficas de los grupos vulnerables de población definidos como aquellos expuestos a altos riesgos de salud como resultado de <i>condiciones estructurales de vida, especialmente la exclusión social debida a pobreza, movilidad espacial intensa (migración), etnicidad como grupo indígena o condiciones de vejez.</i>	Políticas y servicios de salud, incluyendo análisis sociales y económicos y evaluaciones resultantes cuyo objeto o beneficiarios sean los grupos vulnerables de poblaciones definidos como aquellos expuestos a altos riesgos de salud como resultado de <i>condiciones estructurales de vida, especialmente la exclusión social debida a pobreza, movilidad espacial intensa (migración), etnicidad como grupo indígena o condiciones de vejez.</i>
Ancianos	... condiciones de vejez o ancianidad o condiciones de edad avanzada.	... condiciones de personas mayores o envejecimiento, vejez.
Indígenas	... condiciones de vida estructurales: etnicidad, indígenas, nativos.	... condiciones de vida estructurales: etnicidad, indígenas, nativos.
Migrantes	... debidas a una intensa movilidad espacial, migración.	... debidas a una intensa movilidad espacial, migración.
Pobres	... debidas a la pobreza y la desigualdad.	... debidas a la pobreza y la desigualdad.

Figura 3

**Procedimiento de Selección de Referencias para Síntesis de Literatura**

Etapa	Pregunta de síntesis	Base de datos o acervo	Criterios de búsqueda		Resultados # Referencias	Selección de referencias		Clasificación temática de referencias seleccionadas	Observaciones
			Perfil / palabras clave	Metodología		Criterios y metodología	# Referencias seleccionadas		

La búsqueda para cada uno de los perfiles arrojó una importante cantidad de textos. Para delimitarlos, se analizó la pertinencia de los resúmenes para identificar un punto de corte a partir del cual los textos fueron descartados (Figura 4).

■ Figura 4

**Nivel de corte de pertinencia de documentos encontrados**

Grupo vulnerable	Determinantes	Políticas	Total
Ancianos	250	114	364
Indígenas	146	200	346
Migrantes	100	125	325
Pobres	650	355	1,050

Las búsquedas bibliográficas fueron ampliadas o enfocadas para cada grupo vulnerable, fundamentalmente usando palabras clave, utilizando diversas bases de datos y/o redes de intercambio de información bibliográfica:

**Ancianos.** PubMed y SciELO, páginas electrónicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

**Indígenas.** Red de América Latina y del Caribe (Redalyc), SciELO, PubMed, Lista de distribución Equidad y Salud de la OPS, página electrónica de la OPS y archivo personal del experto.

**Migrantes.** PubMed, Lista Equidad y Salud, base de datos la OMS, consultas personales a través de la red de expertos vinculados en el grupo *Yaboo* “migrant health” y con investigadores especializados en el tema.

**Pobres.** PubMed y consulta de las bases de estudios de los principales organismos internacionales con programas de investigación sobre pobreza y salud: Banco Mundial, OMS, OPS, ONU-WIDER, entre otras fuentes.

La metodología tuvo una serie de limitaciones. La búsqueda general en AIPSS/Collexis se limitó a PubMed, la base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, y fue complementada por cada experto para las búsquedas específicas. Por otra parte, la utilización del motor AIPSS/Collexis llevó a omitir algunas referencias pese a estar indexadas en PubMed. Si bien estas referencias fueron recuperadas posteriormente, se omitieron en el análisis general de la literatura. Aun cuando los criterios de calidad y pertinencia fueron aplicados de manera homogénea, cada experto realizó las búsquedas secundarias por diversos métodos, incluyendo la consulta personal con otros expertos. Esto deja ver la importancia del conocimiento tácito de los especialistas en cada tema y la imposibilidad de apegarse a una metodología formal en todos los casos.

Dada la gran cantidad de publicaciones sobre pobreza y ancianos, ambos expertos privilegiaron el análisis de artículos de revisión de la literatura. En estos casos el ejercicio fue entonces uno de síntesis de revisiones. En el caso de las síntesis sobre migración y pobreza se privilegió la literatura referida de manera explícita al caso de la población mexicana. En esta forma, el ejercicio consistió más en una revisión bibliográfica para identificar la gama de temas tratados, que en una síntesis tendiente a identificar las intervenciones que pudieran resultar más efectivas para encarar el reto de la atención a la salud de la población migrante a nivel internacional.



# 3. Resultados

## 3.1 Características de la literatura sobre grupos vulnerables y sistemas de salud

A continuación se presentan los resultados de la revisión general de la literatura que fue llevada a cabo en PubMed para el periodo 1996 y 2006 utilizando el motor de búsqueda AIPSS/Collexis.

### **Volumen de literatura según grupo vulnerable**

El total de citas identificadas como relevantes a nivel mundial en los últimos 10 años fue de 1,940. La literatura más abundante fue sobre el tema de pobreza, con un total de 1,050 citas, equivalente a 51.8% del total. Le siguieron los temas de ancianos e indígenas con 18.8% y 17.8%, respectivamente. La literatura para población migratoria es la más escasa, con sólo 225 citas en total, es decir, 11.6%. Cada uno de los ocho perfiles utilizados para las búsquedas fue suficientemente específico, habida cuenta de que sólo se repitieron el 3.1% de las citas (Figura 5).

La literatura para condiciones y determinantes de la salud fue ligeramente más abundante que aquella sobre políticas, concentrando un 59.0% de las citas. Esta situación fue más pronunciada en los casos de la literatura sobre población pobre y sobre ancianos.

Figura 5

### **Volumen de la literatura según grupo vulnerable, nivel de ingresos de los países e idioma de publicación**

CRITERIOS DE BÚSQUEDA	POBRES				ANCIANOS				MIGRANTES				INDÍGENAS				TOTAL		
	Políticas	Determinantes	Ambos	%	Políticas	Determinantes	Ambos	%	Políticas	Determinantes	Ambos	%	Políticas	Determinantes	Ambos	%	TOTAL	%	
Total de citas por perfil	355	650	1005	51.8	114	250	364	18.8	125	100	225	11.6	200	146	346	17.8	1940	100	
Nivel de ingresos de los países																			
Bajos	11	15	26	3.6	1	5	6	3.6	5	11	16	7.7	6	4	10	3.2	58	4.1	
Medio Bajos	11	28	39	5.4	4	7	11	6.5	15	8	23	11.1	5	7	12	3.9	85	6.0	
Medio Altos	9	19	28	3.9	2	1	3	1.8	8	5	13	6.3	6	4	10	3.2	54	3.8	
Altos	253	378	631	87.2	74	75	149	88.2	81	75	156	75.0	159	117	276	89.6	1212	86.0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>284</b>	<b>440</b>	<b>724</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>88</b>	<b>169</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>99</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>176</b>	<b>132</b>	<b>308</b>	<b>100</b>	<b>1409</b>	<b>100</b>	
Sin información	71	210	281	28.0	33	162	195	53.6	16	1	17	7.6	24	14	38	11.0	531	27.4	
<b>TOTAL</b>	<b>355</b>	<b>650</b>	<b>1005</b>	<b>51.8</b>	<b>114</b>	<b>250</b>	<b>364</b>	<b>18.8</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>225</b>	<b>11.6</b>	<b>200</b>	<b>146</b>	<b>346</b>	<b>17.8</b>	<b>1940</b>	<b>100</b>	
Idioma de la publicación																			
Inglés	326	588	914	90.7	103	206	309	85.1	108	86	194	87.0	195	138	333	96.5	1750	90.3	
Español	5	17	22	2.2	0	1	1	0.3	1	6	7	3.1	1	0	1	0.3	31	1.6	
Francés	8	14	22	2.2	2	5	7	1.9	0	0	0	0.0	1	0	1	0.3	30	1.5	
Otro idioma	17	33	50	5.0	9	37	46	12.7	14	8	22	9.9	3	7	10	2.9	128	6.6	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>356</b>	<b>652</b>	<b>1008</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>249</b>	<b>363</b>	<b>100</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>223</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>145</b>	<b>345</b>	<b>100</b>	<b>1939</b>	<b>100</b>	
Sin información	0	0	0	0	0	1	1	0.2	2	0	2	0.3	0	1	1	0.2	4	0.6	
<b>TOTAL</b>	<b>356</b>	<b>652</b>	<b>1008</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>250</b>	<b>364</b>	<b>18.8</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>225</b>	<b>11.6</b>	<b>200</b>	<b>146</b>	<b>346</b>	<b>17.8</b>	<b>1943</b>	<b>100</b>	

### ***Distribución geográfica según nivel de ingreso de los países***

Los países de ingresos altos concentran 86.0% de la literatura; 89.6% para indígenas, 87.2% para pobreza, 85.2% para ancianos y 75.8% para migrantes. En este último grupo, las regiones de ingresos medios muestran una mayor atención respecto de la literatura en general, yendo de 6.0% a 11.1% para los países de ingresos medios bajos y de 3.8% a 6.3% para el caso de los países con ingresos medios altos. Los países de ingresos bajos concentraron tan solo 3.2% en el caso de indígenas, 3.6% para ancianos y pobres y 7.7 para migrantes.

Del total de las citas identificadas, el 25% no hace referencia a países en particular. En el caso de literatura sobre ancianos este porcentaje es mayor, con 54%, lo que lleva a pensar que un gran número de estas publicaciones tienen un abordaje global o teórico. La literatura inespecífica sobre migración e indígenas se limita a 8.4% y 6%, respectivamente.

### ***Idioma y edición de la literatura***

El idioma de la literatura es predominantemente inglés, con 90.3% del total de las citas. Las publicaciones en español son ligeramente más abundantes para los temas de migración y pobreza, con 3.1% y 2.2% del total, respectivamente. Las casas editoriales que producen las revistas se concentran en regiones desarrolladas, 60.3% en Norte América y 25.2% en Europa. Mientras que 4.8% de los artículos versan sobre América Latina y el Caribe, sólo se produce 3% de los artículos en estos países, de los cuales 2.1% en Brasil, 0.6% en Argentina o Chile, 0.2% en México y 0.1% en otro país de la región. En cambio, Asia produce 10.6% del total de artículos.

### ***Tipo de publicación y acceso en línea a texto completo***

La gran mayoría de las citas son del tipo de artículos de investigación, con 89.3% del total. El resto de las citas serían principalmente editoriales o cartas. Para la gran mayoría de las citas (72.8%) se cuenta con acceso en línea, gratuito en el 23.7% de los casos.

### ***Producción en México***

Sólo 0.8% de la literatura sobre los cuatro grupos vulnerables hace referencia a México. Representa el 17% de la literatura dentro de la región de América Latina y el Caribe. Esta baja identificación sugiere que la producción en el tema de salud y cualquiera de los cuatro grupos vulnerables para México en las revistas indexadas en PubMed es muy baja respecto de lo que se hubiera esperado en virtud de la población mundial representada por México (1.7%) o bien de la mayor capacidad de investigación que tiene México respecto de otros países en desarrollo, particularmente en la región latinoamericana. Cabe notar que los expertos encontraron en las etapas subsiguientes referencias adicionales para México sobre el tema indexadas en PubMed. No obstante, es de esperarse que estas exclusiones en la búsqueda general pudieron haber afectado a cualquier otro país habida cuenta de que no hubo un sesgo en particular para excluir la literatura sobre México. Así, la frecuencia relativamente baja de la literatura para México puede ser considerada como válida.

### Resultados ampliados

Una vez que los expertos ampliaron las búsquedas de literatura con base en otros motores de búsqueda y acervos se revisó un total de 4,506 referencias, según se puede ver en la Figura 6. El tamizaje en cada caso se muestra en la Figura 7.

Figura 6

#### Total de referencias revisadas por grupo vulnerable

	Total de referencias revisadas
Ancianos	1,092
Indígenas	1,054
Migrantes	1,150
Pobres	1,210
TOTAL	4,506

Figura 7

#### Proceso de tamizaje de referencias

	Total de referencias revisadas	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Etapa 5	Etapa 6	Final
Ancianos	1,092	695	239	114	78	68	41
Indígenas	1054	596	494	108	27	-	27
Migrantes	1,150	744	388	140	97	61	16
Pobres	1,210	180	-	-	-	-	180
TOTAL	4,506	2,215	1,301	542	382	336	264

## 3.2 Ancianos

Esta síntesis se enfocó en aquellas publicaciones que se refieren a las intervenciones a nivel de las políticas de atención a los ancianos y su proceso de formulación considerando la participación del Estado, de las corporaciones, de la sociedad civil y de los organismos internacionales. Se optó asimismo por enfocar las referencias sobre intervenciones a nivel poblacional, eliminándose aquellas sobre intervenciones hospitalarias o clínicas. Dada la abundante literatura sobre el tema, el objetivo de esta síntesis fue identificar revisiones sistemáticas o meta-análisis sobre intervenciones en salud dirigidas a población anciana a nivel mundial. Se procedió haciendo diversas búsquedas. En primer lugar se tomó en cuenta el resultado del ejercicio realizado con el motor IPSS/Collexis, el cual arrojó un total de 114 referencias sobre el tema. Paralelamente, se realizó una búsqueda directa en la base de datos PubMed a fin de complementar estos

hallazgos, obteniendo una lista de 625 referencias. También se consultó la base de datos SciELO y se realizó una búsqueda manual de las revistas catalogadas en la sección de Salud Pública, en las cuales se localizaron cinco referencias más. La depuración de estas listas según pertinencia de los temas tratados las redujo a 62 y 133 referencias respectivamente, sumando un total de 195. Al mismo tiempo, en la página electrónica de la OMS se realizó otra búsqueda de la cual se obtuvo una lista de 14,200 referencias ordenadas por pertinencia temática, de tal manera que la lista se redujo a 250 referencias útiles. La Figura 8 presenta un esquema de las etapas sucesivas de selección de referencias para esta síntesis.

El análisis riguroso de los resúmenes por parte de dos investigadores permitió reducciones sucesivas de la cantidad de referencias hasta centrarse en un total de 61 artículos en texto completo, de los cuales 41 textos fueron incluidos en esta revisión, 18 revisiones sistemáticas o meta-análisis, 19 documentos oficiales o informes de expertos que incluyen revisiones y cuatro referencias sobre México.

Figura 8  
**Etapas de selección de referencias**

Motor o base de datos	AIPSS/ Collexis	PubMed	PubMed sobre México	OMS	OPS	TOTAL
Etapas 1	114	625	95	250	8	1,092
Etapas 2	62	358	23	250	2	695
Etapas 3		195	23	24	2	239
Etapas 4		70	23	24	2	114
Etapas 5		29	23	24	2	78
Texto completo		24	18	24	2	68
Revisiones sistemáticas		18	4		19	41

La revisión de la literatura a nivel meso llevó a definir dos preguntas clave para la síntesis a nivel micro. La primera hace referencia a cómo lograr una vejez saludable. Ello implica identificar las estrategias para enfrentar la alta prevalencia de las enfermedades crónicas a través de la prevención de sus factores de riesgo, la promoción de estilos de vida saludable y el control de dichas enfermedades a través de la prevención secundaria y la rehabilitación, sin descuidar el problema de las enfermedades infecciosas y los traumatismos. La segunda pregunta hace referencia a la atención de largo plazo (*long-term care*) como una estrategia para responder a las necesidades derivadas de la discapacidad y las causas que la producen, evitando el deterioro en los niveles de funcionalidad y manteniendo al anciano con una vida independiente el mayor tiempo posible.

### **Vejez saludable**

El logro de una vejez saludable sólo es posible si las acciones se realizan a lo largo de la vida y no únicamente durante la vejez. Esto implica acciones de promoción y prevención, así como de control de enfermedades durante toda la vida. En el

ámbito de la promoción y prevención se recomienda atender los factores de riesgo de tipo conductual (prevención del consumo de alcohol, tabaco y alimentos dañinos, así como la promoción de la actividad física) y biológicos (altos niveles de presión arterial y colesterol y obesidad). Las estrategias deben privilegiar también el control de la enfermedad, es decir, las acciones deben incluir no sólo la atención médica sino también la prevención terciaria a través de la rehabilitación y los cuidados paliativos. Entre las políticas y estrategias que han probado tener mayor efectividad están las siguientes:

- Énfasis en las enfermedades crónicas sin descuidar las infecciosas
- Abordaje del conjunto de las enfermedades crónicas y sus riesgos, no sólo acciones particulares para cada enfermedad
- Colaboración de carácter intersectorial, por ejemplo para crear políticas integrales
- Atención tanto a la prevención como al control de las enfermedades
- Estrategias de responsabilidad compartida y acciones desarrolladas simultáneamente a nivel del Estado, la sociedad civil y el sector privado
- Intervenciones comunitarias para la prevención y a nivel individual para el control de las enfermedades
- Prevención terciaria, particularmente rehabilitación, de carácter comunitario
- Inmunización para las enfermedades infecciosas

### ***Atención de largo plazo***

La atención de largo plazo responde a las necesidades derivadas de la discapacidad que sufren los ancianos a causa de enfermedad y por el propio envejecimiento. La respuesta en este sentido es una atención continua que no se orienta con el fin de la curación, sino de prevenir un mayor deterioro en la capacidad funcional para mantener las capacidades y la interacción social el mayor tiempo posible. La atención de largo plazo se define como el conjunto de actividades dirigidas a satisfacer las incapacidades crónicas de las personas, ya sea a través de cuidadores formales (profesionales y para-profesionales, terapeutas tradicionales y voluntarios) o informales (familia y amigos).

La atención de largo plazo incluye una amplia gama de servicios: cuidado personal, actividades domésticas y extra-domésticas, aparatos de apoyo, aplicación de la más avanzada tecnología, como serían los sistemas de alerta de urgencias y de recordatorio de medicamentos y las modificaciones arquitectónicas. Estos servicios pueden ser proporcionados en los hogares, en la comunidad o en instituciones y están diseñados para minimizar, restaurar o compensar la falta de independencia física o de funcionamiento mental.

El éxito de una política de atención de largo plazo depende de su integración al esquema de políticas sociales y de salud de un país, esto significa su inclusión en

los procesos de planeación y reformas a partir de las actuales y futuras necesidades; además debe ser considerada y valorada como una necesidad y prioridad del Estado, no como una necesidad secundaria o de responsabilidad exclusiva de la familia. Para asegurar su éxito se recomienda:

- Diseñar una política nacional de atención de largo plazo que incluya programas y acciones que garanticen su implementación a nivel nacional, regional y local
- Integrar la política ya sea al sector salud o social, con independencia financiera respecto del resto de los programas
- Contar con un respaldo legislativo
- Establecer una vinculación con organismos a nivel internacional para apoyo técnico y financiero a fin de evitar la repetición de los errores cometidos en los países desarrollados
- Aprovechar los recursos y la infraestructura existente
- Considerar las estructuras comunitarias y familiares del cuidado informal existentes para trabajar en conjunto con ellas
- Permitir una alta flexibilidad para adaptarse a las necesidades locales de las comunidades
- Ofrecer de manera prioritaria servicios a nivel comunitario y en el hogar

La tendencia mundial es a priorizar la atención de largo plazo en el hogar y comunitaria para evitar los costos de la atención institucional (0.4 - 1.5% del PIB en países como el Reino Unido). Esto permite satisfacer el deseo de los ancianos de continuar su vida en el hogar o en la comunidad y además ha demostrado mejores resultados en salud, particularmente en salud mental y enfermedades crónicas. Las estrategias de atención de largo plazo deben considerar los beneficios tanto para los ancianos como para sus cuidadores familiares, particularmente con respecto a los costos económicos, pero principalmente de los beneficios a nivel del estado de salud en el anciano y de la disminución de riesgos para los cuidadores por la sobrecarga.

La atención de largo plazo debe ser coordinada e integrada garantizando el acceso a sus programas y servicios a través de una sola vía y con base en la coordinación de casos a fin de eliminar las barreras de accesibilidad, evitar la duplicación de servicios y lograr mayor eficiencia y eficacia de los servicios.

Tanto los países ricos como aquellos en vías de desarrollo enfrentan la escasez de recursos humanos entrenados para atender a los ancianos, lo cual lleva a competencia por recursos en el ámbito internacional. Las medidas que han probado ser exitosas para encarar esta escasez incluyen la formación de equipos multidisciplinarios y el reconocimiento del papel fundamental de las enfermeras en tales equipos. Recurrir a los recursos de la propia comunidad ha resultado una estrategia exitosa, particularmente si se considera a las organizaciones no

gubernamentales, a los voluntarios de la comunidad, especialmente ancianos voluntarios, lo mismo que a los terapeutas tradicionales, quienes pueden jugar un papel importante en la provisión de este tipo de servicios.

En resumen, la atención de largo plazo debe centrarse en:

- Política coordinada e integrada
- Atención a nivel comunitario y en el hogar
- Atención dirigida tanto a los ancianos como a sus cuidadores
- Coordinación de acciones y servicios integrados a los servicios de salud y sociales
- Creación de un “coordinador de casos” garantizando una vía de entrada única

### 3.3 Indígenas

El proceso de selección de referencias según su pertinencia fue focalizándose de manera gradual hasta llegar a la definición de la interculturalidad como tema recurrente en las políticas exitosas para el abordaje de los problemas de los sistemas de salud para brindar atención a las poblaciones consideradas como autóctonas o indígenas. La Figura 9 presenta un esquema del proceso y las etapas de selección de los artículos de esta síntesis.

■ Figura 9

#### Proceso de tamizaje de referencias

Búsquedas en bases de datos	Lectura de título, resumen o artículo y clasificación inicial de pertinencia	Clasificación de pertinencia por estar relacionado con el tema	Alta relevancia para los 3 temas iniciales (determinantes, políticas e intervenciones)	Esenciales para el tema principal: experiencias exitosas de interculturalidad
1054	596	494	108	27

La revisión de las 108 referencias en el nivel de tamizaje de literatura pertinente y de alta relevancia hace referencia a una situación de salud que muestra inequidades y desventajas de los indígenas frente a los no indígenas respecto de enfermedades infecciosas y desnutrición y de salud mental, particularmente el alcoholismo, y a los siguientes condicionantes de la situación de salud de las poblaciones indígenas:

- Culturales: los problemas de comunicación y lenguaje, incluidos los desencuentros en la relación médico-paciente y los efectos negativos de la aculturación sobre la salud por el cambio de patrones de alimentación y de estilos de vida
- Económicos: la pobreza como condicionante de la calidad de vida y por consiguiente de la salud, los costos de la atención y del traslado
- Ambientales: el impacto negativo de la contaminación (principalmente del agua), la deforestación, la destrucción del patrimonio cultural y el desplazamiento forzado debido a cambios ambientales

- Sociopolíticos: el impacto del despojo de tierras, el desinterés de los gobiernos y la sociedad en general, la discriminación y la falta de autonomía de los pueblos indígenas para la toma de decisiones en salud
- Del sistema de salud: el desconocimiento de las necesidades de la población indígena, la insuficiencia de recursos financieros y humanos para el trabajo intercultural, las deficiencias en la calidad y calidez de la atención y la falta espacios reales de participación de la comunidad
- Geográficos: el aislamiento como factor de inaccesibilidad a los servicios

La literatura sobre políticas nacionales se refiere principalmente a:

- Creación de competencias de interculturalidad en el personal de salud institucional y en formación
- Oportunidades de capacitación (formal e informal) para indígenas
- Dependencias gubernamentales especiales para la salud de los indígenas
- Participación o autonomía de los pueblos o delegación de la gestión a la comunidad
- Articulación de medicina tradicional con medicina occidental
- Adaptación de servicios de salud a la cultura local para mejorar la aceptación y el impacto de los servicios

Finalmente, la síntesis se enfocó en las intervenciones de interculturalidad y de autonomía a nivel de intervenciones específicas (Figura 10). El enfoque intercultural tiene una amplia discusión en la literatura mundial en tanto estrategia para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para los indígenas. Por lo mismo, se encontró un alto número de referencias con experiencias en América Latina y en México. No obstante, aunque el tema tiene una importante presencia en el sistema de salud mexicano, no existen evaluaciones que demuestren resultados concretos de las experiencias.

■ Figura 10

**Tipo de experiencia o intervención para el desarrollo de la interculturalidad, según ámbito geográfico, en 27 artículos seleccionados**

Experiencia o intervención	Ámbito			Total
	Nacional	Latino - americano	Interna - cional	
1. Capacitación de miembros de la comunidad		1	5	6
2. Capacitación de terapeutas tradicionales como apoyo a los programas institucionales			2	2
3. Sensibilización y capacitación de personal de salud para el trabajo intercultural	1	1	2	4
4. Servicios interculturales en los cuales se involucran terapeutas tradicionales en los servicios o se ajustan los servicios a la cultura local	3	5	7	15



### **Capacitación de miembros de la comunidad**

El desencuentro intercultural entre el personal de salud y los pacientes indígenas genera obstáculos de acceso a los servicios. La estrategia para resolver este problema ha sido preponderantemente la capacitación de los indígenas como agentes comunitarios o pares, ya sea remunerados o voluntarios. Los resultados positivos se refieren al incremento en la demanda de servicios y en la detección de casos de enfermedad, así como a la transmisión de información sobre salud sexual y reproductiva a jóvenes y a logros en la adherencia a tratamientos.

La literatura resalta la importancia de superar el enfoque tradicional de capacitación exclusiva de agentes comunitarios, generalmente voluntarios, a la cual debe sumarse la formación a nivel técnico y profesional, principalmente en enfermería y medicina. Además de brindar mayores capacidades y de mejorar la calidad de la interacción entre el personal de salud y los indígenas, este enfoque ataca la vulnerabilidad en uno de sus aspectos fundamentales, pues brinda oportunidades de trabajo remunerado. La estrategia hace posible también una mayor permanencia de los recursos humanos en la medida en que usuarios y profesionistas pertenecen a la misma cultura. Cabe remarcar que la literatura sólo reporta resultados de este enfoque para países desarrollados.

### **Sensibilización y capacitación del personal de salud**

Para alcanzar la interculturalidad en salud es necesario sensibilizar y capacitar al personal de salud tanto en el pre-grado como en servicio para desarrollar competencias culturales que le permitan conocer, entender y respetar la cultura de las comunidades indígenas. Al mismo tiempo este esfuerzo contribuye a disminuir la rotación del personal profesional.

La literatura no reporta evaluaciones de este tipo de intervenciones, si bien se describen experiencias aisladas sobre la capacitación de personal de enfermería. Dicho personal es considerado como idóneo para acercarse y entender la cultura y las necesidades de la población. Se han descrito métodos promisorios para enseñar los conceptos de la medicina tradicional a practicantes de ciencias de la salud y para mejorar la comunicación de los mensajes a través de la observación de las prácticas tradicionales. En México se han descrito encuentros de enriquecimiento mutuo para disminuir la mortalidad materna en zonas indígenas, reportándose que sirven tanto para la sensibilización y capacitación del personal de salud como para el ajuste de los servicios a la cultural local.

### **Servicios de salud con enfoque intercultural**

El enfoque intercultural en la prestación de servicios de atención a la salud puede ser promovido dando una orientación en este sentido tanto al recurso humano como a la organización y a la infraestructura de los servicios. La literatura reporta algunas experiencias de complementariedad entre los dos tipos de medicina en

hospitales de América Latina, donde la medicina tradicional ha sido incorporada a los servicios de salud, realizándose modificaciones arquitectónicas y de servicios para hacerlos compatibles. Vale la pena destacar experiencias de complementariedad entre las dos medicinas en problemas de salud mental. En estos casos queda clara la necesidad de relacionar la cosmovisión indígena al tratamiento. Igualmente importantes para lograr servicios con enfoque intercultural son tanto la participación comunitaria como la autonomía o delegación de la gestión de los servicios a la comunidad. Sobre estos temas se encontraron referencias tanto de países desarrollados, donde hay políticas nacionales al respecto, como de América Latina, en donde se registran experiencias locales.

### 3.4 Migrantes

La búsqueda bibliográfica para este grupo vulnerable fue guiada por dos preguntas:

- ¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud de los migrantes y sus familias?
- ¿Cuales han sido las intervenciones exitosas en políticas y programas para promover el acceso y la utilización de servicios de salud de los migrantes y sus familias?

Con estas dos preguntas como ejes se llevó a cabo la primera búsqueda general utilizando el motor AHPSR/Collexis, la cual arrojó un total de 225 referencias. De estas logramos identificar 30 referencias que a nivel mundial daban cuenta de determinantes sociales (10) y de programas y políticas diseñadas para mejorar el acceso y utilización de servicios de salud entre los migrantes de diversas regiones del mundo (20).

Dado que nuestro interés en el tema se centró fundamentalmente en la migración de mexicanos hacia Estados Unidos (incorporado servicios de salud en el origen, tránsito y destino), en las búsquedas subsecuentes se incorporaron los términos “*Mexico*” y “*Mexicans*” para identificar literatura más específica de acuerdo con nuestra pregunta inicial. La Figura 11 resume el procedimiento seguido indicando el número de referencias identificadas y las seleccionadas para este ejercicio.

Figura 11

**Procedimiento de selección de referencias sobre migrantes**

Motor de búsqueda	Acervo	Palabras claves, indicadores	Número de referencias consultadas	Número de referencias seleccionadas
AIPSS/ Collexis	PubMed	Perfil A (Determinantes)	100	10
AIPSS/ Collexis	PubMed	Perfil B (Políticas)	125	19
OMS/OPS	OMS/OPS	Mexico, migrants, policy, determinants,	111	4
EQUIDAD de la OPS	EQUIDAD de la OPS	Mexico, migration, displacement, international, Latin America, Mexico'	105	1
PubMed	PubMed	Mexico, migrants, interventions, policy, determinants, health	371	15
Red de expertos sobre migración y salud	Migrant health research group (yahoo group)	Health status and services for Mexican immigrants in the US	276	28
Búsqueda nacional	Colegas e instituciones nacionales	Migración y salud en las frontera norte	62	20
<b>TOTAL</b>			<b>1,150</b>	<b>97</b>

De las 97 referencias obtenidas de la selección mostrada en la Figura 11, todavía se realizaron dos selecciones más hasta llegar a un grupo de 16 artículos en los que se encontró información altamente relevante tanto sobre determinantes de la salud como sobre los diversos temas que abordan las políticas de atención a la salud de los migrantes mexicanos que viajan a los Estados Unidos.

Respecto a los determinantes de la salud de los migrantes mexicanos y sus familias, la literatura señala como uno de los más importantes al contexto de carencias y pobreza que los rodea, (sobre todo a aquellos de origen rural) en las comunidades de origen, así como el acceso limitado a servicios de salud en sus comunidades. Por lo que se refiere al tránsito, los determinantes de salud se relacionan con los múltiples riesgos que enfrentan durante el cruce indocumentado, los cuales pueden dejar desde secuelas psicológicas hasta discapacidad física. En el destino, los determinantes sociales de la salud de los migrantes son entre otros la exclusión social, el hacinamiento, la falta de conocimiento del idioma inglés, así como los estilos de vida, cultura y valores estadounidenses que impiden la participación de los mexicanos en diversas actividades, incluidas las acciones de salud. Otros determinantes sociales son el contexto de dificultades en el que viven los migrantes por la falta de documentos, la falta de apoyo familiar y social, el desconocimiento de los sistemas de salud, las barreras en el acceso y la no utilización de los servicios de salud. Destaca la vulnerabilidad social de los migrantes en el destino, en tanto no cuentan con recursos (personales, sociales, legales, económicos) que les permitan enfrentar

adecuadamente los riesgos y amenazas a su salud y bienestar. Para quienes se quedan, la separación y la ausencia prolongada del núcleo familiar promueven la aparición de estrés, ansiedad y depresión en el cónyuge y de conductas conflictivas como violencia, utilización de alcohol y drogas, en los hijos. El migrante, por su parte, presenta también problemas similares de salud mental al no contar con la presencia de su familia. La desintegración familiar es un riesgo inherente al proceso migratorio.

La literatura coincide en que una vez que el migrante mexicano emprende su jornada de partida y entra en territorio estadounidense, su estado de salud general empieza a declinar y empeora conforme más tiempo pasa en los Estados Unidos debido a factores como la pre-existencia de problemas de salud no diagnosticados anteriormente, el hacinamiento, la pobreza, el cambio de hábitos alimenticios, la carga laboral excesiva, la desinformación generalizada, la ausencia de medidas de protección en el lugar de trabajo, las conductas de alto riesgo (sobre todo comportamientos sexuales), el aislamiento social y las barreras a la atención en salud, entre otros. Los problemas de salud reportados con mayor frecuencia son enfermedades infecciosas (ITS, HIV, TB), crónico-degenerativas (HTA, diabetes) y problemas asociados a la salud mental y los estilos de vida poco saludables (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y drogas, obesidad). Otros problemas de salud detectados como las neoplasias (cáncer de mama y cérvico uterino) están relacionados con la falta de acceso o el acceso tardío a los servicios de salud ya sea por temor a la deportación o por desinformación.

### ***Acceso y utilización de servicios de salud***

La literatura sobre políticas y programas que promueven el acceso y la utilización de servicios de salud en países desarrollados receptores de migrantes se enfoca en la descripción, análisis y evaluación de una diversidad de intervenciones para atender las necesidades de salud de sus migrantes. En ella se abordan principalmente temas de equidad, diseño de programas, multiculturalidad en la prestación de servicios, programas de atención primaria a la salud y diagnóstico temprano de enfermedades infecciosas. Dos temas recurrentes en este material son la sensibilización cultural y la participación de los propios grupos de migrantes en el diseño de programas, lo cual parece determinar en gran medida el éxito de las intervenciones que promueven el acceso y la utilización de servicios de salud.

En la literatura seleccionada sobre la migración de mexicanos a Estados Unidos se abordan temas como el seguro binacional en tanto estrategia para acercar los servicios a los migrantes, un tema muy importante en la medida en que aproximadamente dos de cada tres inmigrantes que ingresaron a Estados Unidos en los últimos 10 años no cuentan con acceso a servicios de salud, lo que significa 3.5 millones de personas desprotegidas. Otros temas son la creación de programas destinados a reducir los riesgos que enfrentan los grupos más vulnerables

involucrados en la migración (mujeres, indígenas, menores de edad, adultos mayores), el fortalecimiento en las políticas de acceso para la prevención (en origen y destino) de ITS, VIH/SIDA, salud mental, enfermedades crónico degenerativas, abuso de tabaco, drogas y alcohol y enfermedades propias de la mujer como cáncer cérvico uterino y cáncer de mama.

Algunos de los determinantes identificados en el acceso a servicios de atención a la salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos están relacionados con el capital social, el contexto social, la dificultad para localizar clínicas de atención y la escasa participación del individuo en actividades de la sociedad a través de las organizaciones de la sociedad civil (OSC). Un tema relevante es la definición de 'legalidad/ilegalidad' de los migrantes como variable determinante en el diseño e implementación de políticas que garanticen el acceso a los servicios de salud.

En relación a las políticas y acciones concretas de acceso a la salud, el análisis de la literatura sugiere que deben ser específicas tanto para el origen como para el tránsito y el destino. Esto permite abordar el fenómeno migratorio en tres momentos bien delimitados en los que los riesgos y la vulnerabilidad son diferentes dando mayor especificidad a las acciones que se requiere diseñar e implementar. Algunas de las intervenciones propuestas para estos tres momentos son:

- Acciones comunitarias como el programa de promotoras
- Participación de las OSC y de los propios migrantes en la definición de necesidades y acciones
- Prestadores de servicios que hablen español y que sean sensibles a la cultura de los migrantes en relación con la salud
- Acceso cultural, ideológico y geográfico a los servicios de salud
- Participación de los países de origen y destino en la protección de la salud de los migrantes
- Coordinación de esfuerzos en ambos lados de la frontera
- Iniciativas tanto sobre enfermedades infecciosas como crónico degenerativas
- Programas para disminuir la vulnerabilidad de las mujeres esposas de migrantes
- Políticas de respeto a los derechos humanos, sociales y laborales de los migrantes
- Investigación por grupos de migrantes de acuerdo a su origen, tipo de migración y tiempo de estancia
- Mecanismos de evaluación de los programas de atención
- Acuerdo migratorio entre México y Estados Unidos

### 3. 5 Pobres

La literatura sobre pobreza y salud a nivel mundial en los últimos 10 años puede clasificarse en tres grandes grupos según su objeto:

- Descripción de la salud bajo diferentes situaciones de pobreza, incluyendo la descripción de la inequidad en salud

- Relación entre pobreza y acceso a los servicios de salud así como en el financiamiento de la salud
- Análisis del desempeño de los sistemas de salud en cuanto a su efecto sobre la equidad y la pobreza, concretamente las acciones para reducir desigualdades en salud así como el desempeño de los programas de salud dirigidos a la población pobre

En este resumen ejecutivo se enfoca este último aspecto. Se han identificado paquetes de intervenciones prioritarias de salud a partir de datos de carga de enfermedad, de la efectividad conocida de las intervenciones y de los costos de tratamiento asociados a condiciones específicas. La implementación de estos paquetes habría de incidir en una importante reducción de la carga de enfermedad y, por esta vía, en un importante determinante de la pobreza.

Estas estimaciones suelen referirse al nivel general o regional, sin tomar en cuenta diferencias epidemiológicas y en costos entre países. Así, la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS encuentra que casi 90% de las muertes de niños menores a 5 años son evitables, al igual que 84% de las muertes de mujeres entre 5 y 29 años de edad. Cerca de 90% de las muertes evitables son causadas por enfermedades infecciosas.

Se han hecho estimaciones del impacto del gasto en salud sobre estados de salud en los países. Casi toda la variación en estados de salud entre países se explica por variables socioeconómicas más que por el gasto en salud. Se encuentra así un efecto pequeño o no significativo del gasto en salud sobre los estados de salud de la población. Ello debido a restricciones en la capacidad institucional y en las fallas de mercado para la distribución de los servicios. No obstante, otros estudios han encontrado resultados positivos en la relación entre gasto en salud y estados de salud, aunque estiman que, para lograr el objetivo del milenio de reducir la mortalidad infantil a la mitad, los países de ingresos bajos tendrían que incrementar el gasto público en salud de 2% del PIB (1999) a 12% en 2015.

Por cuanto al combate a la pobreza, se ha encontrado que sí existe un impacto significativo del gasto público en salud en la medida en que está focalizado en los pobres. Tanto estudios cuantitativos como cualitativos sugieren diferentes estrategias al respecto, entre ellas:

- Hacer uso de los subsidios cruzados a favor de los más pobres
- Lograr la asignación equitativa de los recursos por medio del uso de fórmulas de asignación geográfica basadas en necesidades y vinculada a la descentralización de los servicios
- Fortalecer los presupuestos de atención primaria enfocados en los pobres

Los sistemas de salud pueden incidir en la pobreza debido a su incidencia en el gasto de los hogares. Más allá de la pérdida de salud y de los ingresos debidos a la incapacidad que la enfermedad produce, los servicios de salud pueden implicar un gasto de los hogares que los lleve a empobrecerse o bien a tener un gasto catastrófico. Los gastos empobrecedores provocan la caída de un hogar en la pobreza, o el empobrecimiento adicional de un hogar ya pobre. Los gastos catastróficos implican una caída severa en la capacidad de consumo del hogar medida como proporción de su ingreso. Las medidas que se tomen para impedir dichos gastos pueden incidir de manera importante en la situación de pobreza de la población.

Los sistemas de salud inciden en la situación de pobreza de los hogares al distribuir de manera diferencial los beneficios de la atención a la salud entre los diferentes estratos socioeconómicos. Ello por medio del grado en que el financiamiento y el aprovechamiento del valor de los servicios resulta ser progresivo (pro-pobre) o bien regresivo (pro-rico). La literatura ha reportado diversas situaciones de financiamiento, analizando el grado al que contribuyen los diferentes estratos socioeconómicos de la población. Por otra parte, se han realizado análisis de incidencia de beneficios (AIB) a partir del acceso o uso reportado de los servicios de salud o bien de la estimación de su valor monetario.

Es el caso de los países de ingresos medios y bajos en donde, aunque el financiamiento suele ser progresivo, los beneficios del mismo sistema de salud también suelen ser mayores para los más ricos. Así, a fin de cuentas el sistema de salud tiende a beneficiar más a los más ricos. No obstante, la literatura no combina generalmente los estudios de distribución del financiamiento y de los beneficios y resulta difícil llegar a este tipo de conclusiones.

Por otra parte, la forma en la que se financian los sistemas de salud incide en la progresividad. Para los países de ingresos altos, el financiamiento tiende a ser más neutral o ligeramente progresivo en sistemas de salud financiados principalmente con impuestos, y regresivo para los sistemas con mayor participación privada. Lo mismo se ha encontrado para países de ingresos medios y bajos.

Sin embargo, hay países donde el financiamiento público puede ser relativamente escaso, como en los Estados Unidos, pero donde dicho gasto este altamente focalizado en los pobres. En cambio, en el Reino Unido, donde el gasto público es predominante, el mismo no tiende a estar tan focalizado en los pobres.

Para los países en desarrollo existe una literatura amplia sobre la equidad en la cobertura de los servicios de salud, pero los resultados no siempre son comparables. Así, en 21 casos de estudios nacionales se encuentra que el quintil más pobre recibe en promedio 15% del gasto en atención a la salud, mientras el quintil más rico recibe 25%. Sólo en cuatro países, principalmente Costa Rica y aquellos del Cono Sur, se observa una distribución progresiva de este gasto.

Se observan diferencias similares en el financiamiento de la salud, donde el peso del gasto de bolsillo, el componente más regresivo y empobrecedor del

financiamiento de la salud, se correlaciona negativamente con el nivel per cápita de los países. Dos estudios comparativos incluyen estimaciones de inequidad financiera además de desigualdad en el uso de servicios (para 6 países de América Latina y 13 países asiáticos). Encuentran un patrón similar, con distribuciones regresivas (pro-ricas) de los servicios de salud, financiados en forma similarmente concentrada por los grupos de mayores ingresos, en términos absolutos y, en la mayoría de los casos (asiáticos), también en términos relativos.

Se observa así un contraste interesante entre los países ricos y aquellos en desarrollo. En los primeros, la neutralidad en el financiamiento de los servicios de salud tiene un impacto redistributivo mínimo o inexistente de recursos financieros, pero la progresividad en el uso de los servicios de salud implica una redistribución importante de recursos para la atención a la salud. Por el contrario, en los países en desarrollo, el financiamiento tiende a ser redistributivo al concentrar la carga financiera en los grupos de mayores ingresos, pero no se logra una redistribución en los recursos para la atención a la salud. Estos efectos implican que la brecha entre ricos y pobres en la distribución del acceso a bienes y servicios de salud es mucho más amplia en los países en desarrollo que en los países ricos.

### ***Situación de México***

Se ha encontrado que en los países pobres los gastos catastróficos no inciden tanto como en México sobre la situación de pobreza de los hogares. Aún son escasos los estudios sobre gastos catastróficos y empobrecedores en salud, a excepción del caso de México, en donde estos estudios han servido como fundamento a la reforma del sistema de salud.

La literatura reporta la aplicación de la metodología para la definición de paquetes básicos de salud en el curso de la última década, primero a través del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) que operó a partir de 1996 y posteriormente se integró como componente de salud del programa Progresá (hoy Oportunidades), y finalmente para el Sistema de Protección Financiera en Salud y el Seguro Popular. Actualmente, la Secretaría de Salud opera cuatro paquetes de intervenciones prioritarias, de creciente sofisticación y costo: a) el Programa Ampliado de Vacunación (PAV), b) el Paquete de Servicios Básicos a la Comunidad (PBSC), c) el Paquete de Servicios Esenciales (PSE), y d) el Paquete de Atención de Alta Complejidad (PAAC). La literatura describe fundamentalmente las características de estos paquetes, aunque se ha publicado poco en torno a sus efectos sobre las condiciones de salud y bienestar de la población pobre.

Finalmente, además de contar con una buena medida de salud poblacional, la priorización de intervenciones requiere estudios confiables del costo de las intervenciones.





**Atención a la salud de grupos vulnerables**  
**Hacia una síntesis de la literatura**

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Se terminó en Agosto de 2007.  
La edición consta de 1000 ejemplares