

Notificación de las enfermedades infecciosas desatendidas y su correlación con el índice de marginación

David Alejandro Cabrera-Gaytán,* Teresita Rojas-Mendoza,**
Alfredo Vargas-Valerio,* Concepción Grajales-Muñiz ***

RESUMEN

Antecedentes: Las poblaciones desatendidas que viven en la pobreza son vulnerables a una serie de enfermedades transmisibles, por lo que se correlacionó la tasa de incidencia global de las enfermedades infecciosas desatendidas contra el índice de marginación de 2010. **Material y métodos:** Se obtuvieron los casos nuevos notificados del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica de oncocercosis, que son: enfermedad de Chagas, leishmaniasis, teniasis intestinal, helmintiasis intestinal mixta, otras infecciones intestinales debidas a protozoarios, lepra y rabia. Se calculó la tasa de incidencia por 100 000 derechohabientes por cada enfermedad según la entidad federativa y se correlacionó con el índice de marginación publicado por el Consejo Nacional de Población. Se hizo una correlación de Spearman y prueba exacta de p-media para proporciones; ambas con alfa de 0.05. **Resultados:** La morbilidad general de enfermedades infecciosas desatendidas fue de 2.43 casos, donde el 87.5% (IC_{95%} 72.55, 95.9%) de las entidades federativas presentaron una tasa de morbilidad general por arriba de la nacional. La correlación entre tasa de incidencia de enfermedades infecciosas desatendidas contra el índice de marginación presentó una correlación negativa ($\text{Rho} = -0.072$, $p = 0.696$). **Conclusiones:** La correlación dependió en gran medida de la consistencia del registro de casos nuevos ante la sospecha clínico-epidemiológica.

Palabras clave: Enfermedades infecciosas desatendidas, índice de marginación.

ABSTRACT

Background: The neglected populations living in poverty are vulnerable to a number of diseases, so we correlated the overall incidence rate of neglected infectious diseases against marginalization index 2010. **Material and Methods:** New cases were obtained from Single Information System for Epidemiological Surveillance of onchocerciasis, Chagas disease, leishmaniasis, taeniasis intestinal, mixed intestinal helminthiasis, other intestinal infections caused by protozoa, leprosy and rabies. Incidence rate were calculated per 100 000 beneficiaries for each disease by State and correlated with the marginality index published by the National Population Council. Correlation of Spearman and exact test for proportions p-media were made, both with alpha of 0.05. **Results:** The overall morbidity neglected infectious diseases was 2.43 cases, where 87.5% (95%CI 72.55, 95.9%) of the States had an overall morbidity rate above the national. The correlation between incidence of neglected infectious diseases against marginalization index negatively correlated ($\text{Rho} = -0.072$, $p = 0.696$). **Conclusions:** The correlation depended largely on the consistency register new cases of suspected clinical-epidemiological.

Key words: Neglected infectious diseases, marginalization index.

* Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología. Coordinador de Programas Médicos.

** Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología. Jefa de Área de Vigilancia Epidemiológica de Sistemas Especiales.

*** Médico Cirujano, Maestra en Salud Pública. Jefa de División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas y con barreras en el acceso a los servicios de salud.¹

Las EID son ocasionados por diversos microorganismos y en su gran mayoría son enfermedades crónicas cuyos efectos en la salud son perdurables, afectando el crecimiento, desarrollo físico e intelectual y la capacidad de aprendizaje, lo cual a su vez disminuye la productividad laboral y por tanto la capacidad de generar ingresos adecuados. Algunas pueden generar desfiguración física y por lo tanto estigmatización social. Todo esto contribuye a obstaculizar el progreso y desarrollo de las comunidades, poblaciones y países afectados y a deteriorar aún más su ya precario nivel de vida, perpetuando así el círculo vicioso de la pobreza, pues son a la vez consecuencia y causa de ella.¹

Las EID presentan una gama de etiologías, donde destacan: la rabia, el tracoma, la lepra, la enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana humana, la leishmaniasis, la cisticercosis, la oncocercosis, el pian o frambesia, la equinococosis, las infecciones por trematodos transmitidas por los alimentos, la filariasis linfática, la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo. Lamentablemente, estas enfermedades reciben poca atención y se ven postergadas en las prioridades de la salud pública porque los afectados carecen de influencia política. La inexistencia de estadísticas fiables también ha dificultado los esfuerzos por sacarlas de las sombras.²

Más del 70% de los países y territorios afectados por estas enfermedades tienen economías de ingresos bajos o medio-bajos, por lo que se asocian a la insalubridad del agua y a las malas condiciones de vivienda y saneamiento.² En México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) da a conocer los resultados de la medición de la pobreza a nivel municipal; para el año 2010 destacó que el 48% de los municipios tenían más de la mitad de su población con carencia de servicios básicos en la vivienda y el 17.1% más del 50% de su población sin acceso a servicios de salud.³ Asimismo, dicha dependencia dio a conocer en su «Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012» que ha habido un incremento importante en la cobertura de servicios básicos a la población, por lo que diversas brechas sociales se han venido cerrando; sin embargo, el 19.3% de la población vive con carencia de acceso a los servicios básicos de vivienda, con insuficiente e inequitativa distribución de infraestructura, equipo y personal entre las entidades federativas y que los insumos son insuficientes en las

clínicas de zonas marginadas.⁴ Lo anterior muestra que en México durante el año 2010 se reportaron 52 millones de pobres, es decir, el 52% de la población total.³ El Consejo Nacional de Población (CONAPO) ha considerado tres dimensiones de la marginación de las localidades; éstas son: educación, vivienda e ingreso.⁵ Se entiende por marginación al conjunto de problemas (desventajas) sociales de una comunidad o localidad y comprende grupos de personas y familias. El índice de marginación busca establecer un parámetro analítico que permita entender cuándo un sector de la sociedad se encuentra en una situación donde no están presentes las oportunidades para el desarrollo, ni la capacidad para encontrarlas,⁵ a efecto de dimensionar y comparar las desventajas y vulnerabilidades, el impacto global de las carencias que padece la población, la exclusión al acceso de los bienes y servicios esenciales, las diferencias significativas en cuanto a la estructura de oportunidades que enfrentan las familias y las personas en sus lugares de residencia, el nivel de rezago en la calidad de los materiales y servicios de las viviendas, el nivel de vida de sus habitantes, educación e ingresos. Por lo anterior, fue de nuestro interés correlacionar la tasa de incidencia global de las EID contra el índice de marginación de 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvieron los casos notificados en el «Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedad» del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica⁶ de Oncocercosis (CIE-10: B73), enfermedad de Chagas (B57), leishmaniasis (B55), teniasis intestinal (B68), helmintiasis intestinal mixta (B81.4), otras infecciones intestinales debidas a protozoarios (A07.0,A07.2-A07.9), lepra (A30) y rabia humana (A82). Se calculó la tasa de incidencia por 100 000 derechohabientes con la población adscrita de 2010, así como por cada enfermedad, según entidad federativa. Se obtuvo el índice de marginación por entidad federativa de 2010 publicadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).⁷ Se realizó una correlación de Spearman y prueba exacta de p-media para proporciones; ambas con alfa de 0.05. Asimismo, se ordenaron las entidades federativas en quintiles de acuerdo a la tasa de incidencia general y el índice de marginación. El análisis estadístico fue realizado en MS-Excel versión 2010 y en SPSS versión 19.

RESULTADOS

Se presentaron 57 casos de enfermedades transmitidas por vector (ETV) en todo el país durante el 2010 (48 casos de enfermedad de Chagas, ocho de leishmaniasis y uno de oncocercosis) con una tasa de incidencia de 56 por 100 000 derechohabientes. Para las enfermedades parasitarias (EP) se notificaron 794

casos, con 698 de otras infecciones intestinales debidas a protozoarios, 59 de teniasis intestinal y 37 de helmintiasis intestinal mixta, con una tasa de EP de 735.16 por 100 000 derechohabientes. Para las patologías de lepra y rabia, los casos notificados fueron de 27 y 0, respectivamente. La tasa de incidencia de lepra fue de 0.07 por 100 000 derechohabientes. La morbilidad general de EID fue de 2.43 casos, donde el 87.5% (IC_{95%} 72.55, 95.9%) de las entidades federativas presentaron una tasa de morbilidad general por arriba de la nacional.

De forma desagregada, la enfermedad de Chagas se presentó en 12 estados (Baja California, Coahuila, Guerrero, Jalisco, México, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora y Veracruz), donde Veracruz tuvo la incidencia más alta de todos (0.47 casos por 100 000 derechohabientes). La leishmaniasis se concentró en dos estados (Campeche y Quintana Roo), ambos con tasa de incidencias muy bajas. La misma situación fue para oncocercosis, donde el único caso reportado se dio en Veracruz.

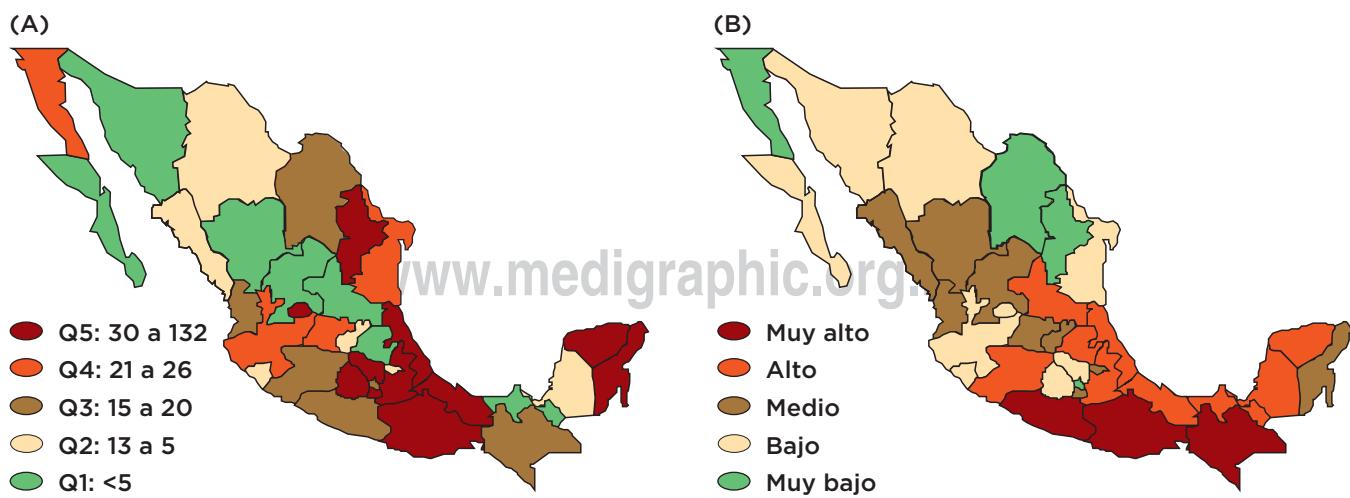
La helmintiasis se notificó en seis estados (Guanajuato, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Tlaxcala y Yucatán), donde Oaxaca presentó la incidencia más alta con 0.26 casos por 100 000 derechohabientes. Las otras infecciones intestinales debidas a protozoarios fueron notificadas en 28 estados, donde Yucatán, Morelos y Quintana Roo registraron las tasas de incidencia más altas: 18.38, 15.04 y 11.19, respectivamente. La teniasis fue notificada en 12 estados (Baja California, Coahuila, Chiapas, Guanajuato, Jalisco, México, Michoacán, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz), en la cual Michoacán tuvo la incidencia más alta de 1.35 casos por 100 000 derechohabientes. La lepra se registró en Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Distrito Federal, Durango, Guerrero,

Méjico, Michoacán, Morelos, Nayarit, Sonora y Tamaulipas.

Al agrupar las entidades federativas en quintiles de acuerdo a la tasa de incidencia calculada de EID por 100 000 derechohabientes, se observó que por arriba del quintil cinco, se ubicaron Yucatán, Méjico, Puebla, Morelos, Quintana Roo, Veracruz, Oaxaca, Aguascalientes y Nuevo León. La distribución geográfica de la tasa de incidencia general de EID y los índices de marginación por entidad federativa se observan en las *figuras 1 A y B*.

Al correlacionar el índice de marginación con la tasa de incidencia de EID se observó que Oaxaca presentó un índice de muy alta marginación; Veracruz y Puebla, con alta marginación, estuvieron entre los estados con mayor tasa de incidencia de EID (por arriba del quintil cinco), con un índice de correlación de 100 puntos ($p < 0.0001$). Sin embargo, al realizar la correlación entre tasa de incidencia de EID contra el índice de marginación de todas las entidades federativas no se presentó correlación estadísticamente significativa ($Rho = -0.072, p = 0.696$) (*Figura 2*). Los resultados para las ETV ($Rho = 0.007, p = 0.971$), las EP ($Rho = -0.43, p = 0.815$) y lepra ($Rho = 0.022, p = 0.904$) (*Figuras 3 a 5*). Sin embargo, al eliminar las entidades federativas cuya tasa de incidencia fue 0.0, los resultados fueron para ETV ($Rho = -0.093, p = 0.762$), las EP ($Rho = -0.013, p = 0.947$) y lepra ($Rho = 0.440, p = 0.133$).

Al dividir en cuadrantes la gráfica del índice de marginación y morbilidad general de EID, se observó que el 62.5% (IC_{95%} 44.97, 77.85%) de las entidades federativas se ubicaron en el cuadrante inferior izquierdo, Chiapas y Guerrero en el cuadrante inferior derecho y Oaxaca y Veracruz en el cuadrante superior derecho.



Figuras 1 A y B. Distribución geográfica de la tasa de incidencia* de enfermedades infecciosas desatendidas seleccionadas (A) y el índice de marginación (B), 2010. * Tasa de incidencia por 100 000 derechohabientes. Población adscrita de 2010. ** Consejo Nacional de Población, 2010.**

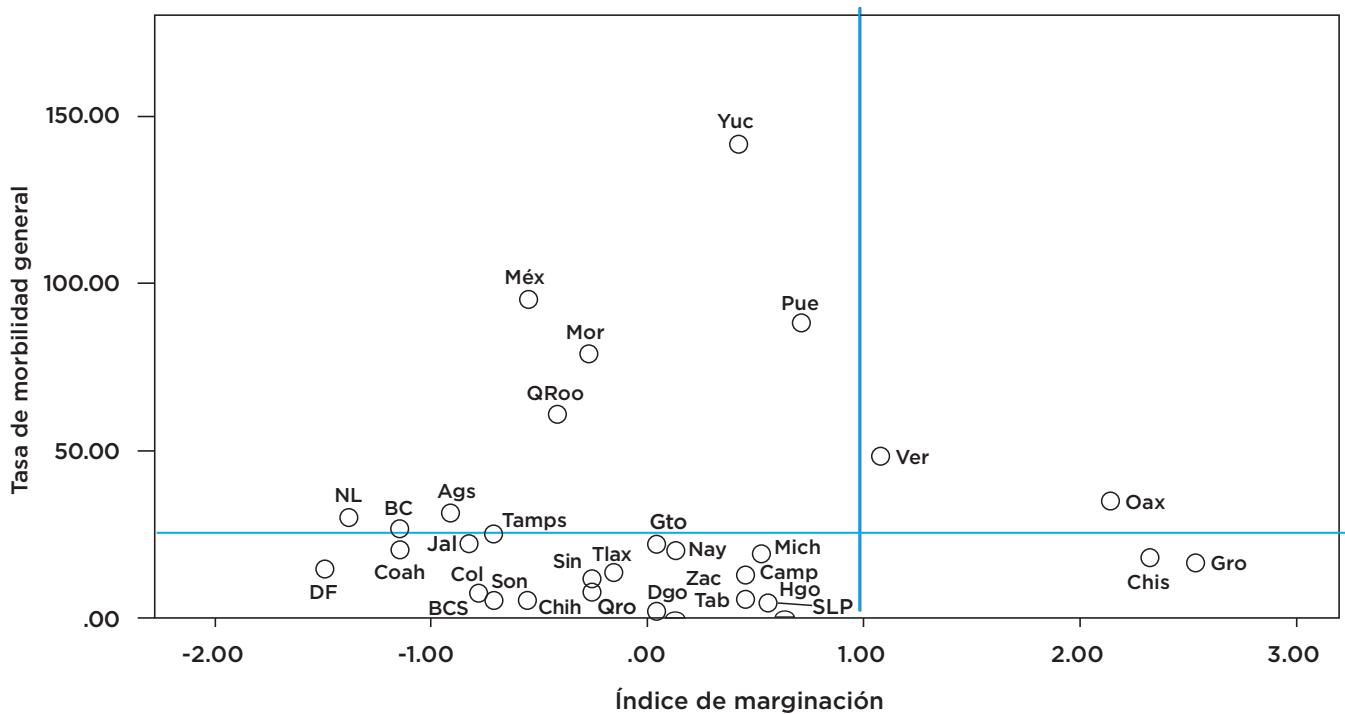


Figura 2. Correlación entre la tasa de morbilidad general de enfermedades infecciosas desatendidas seleccionadas y el índice de marginación, 2010.

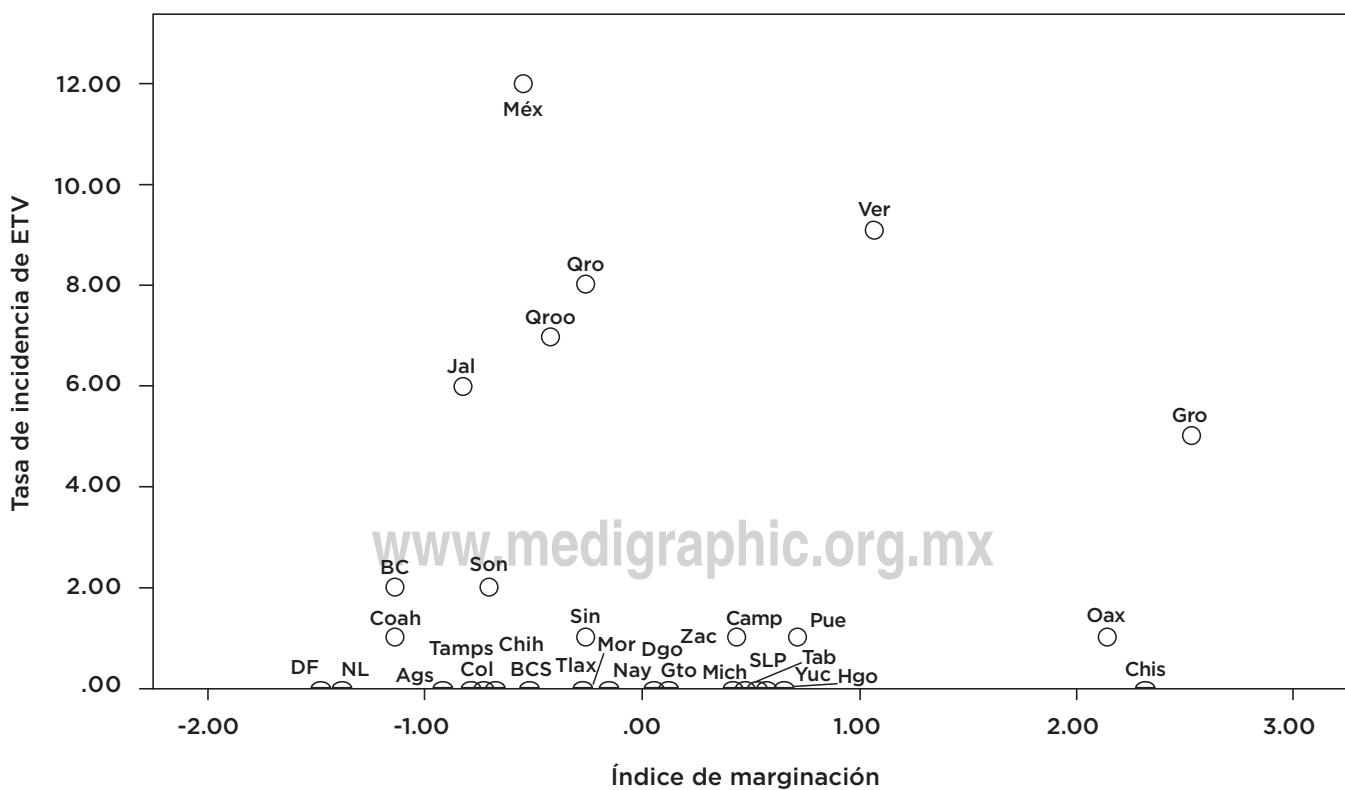


Figura 3. Correlación entre la tasa de incidencia por enfermedades transmitidas por vector seleccionadas y el índice de marginación, 2010.

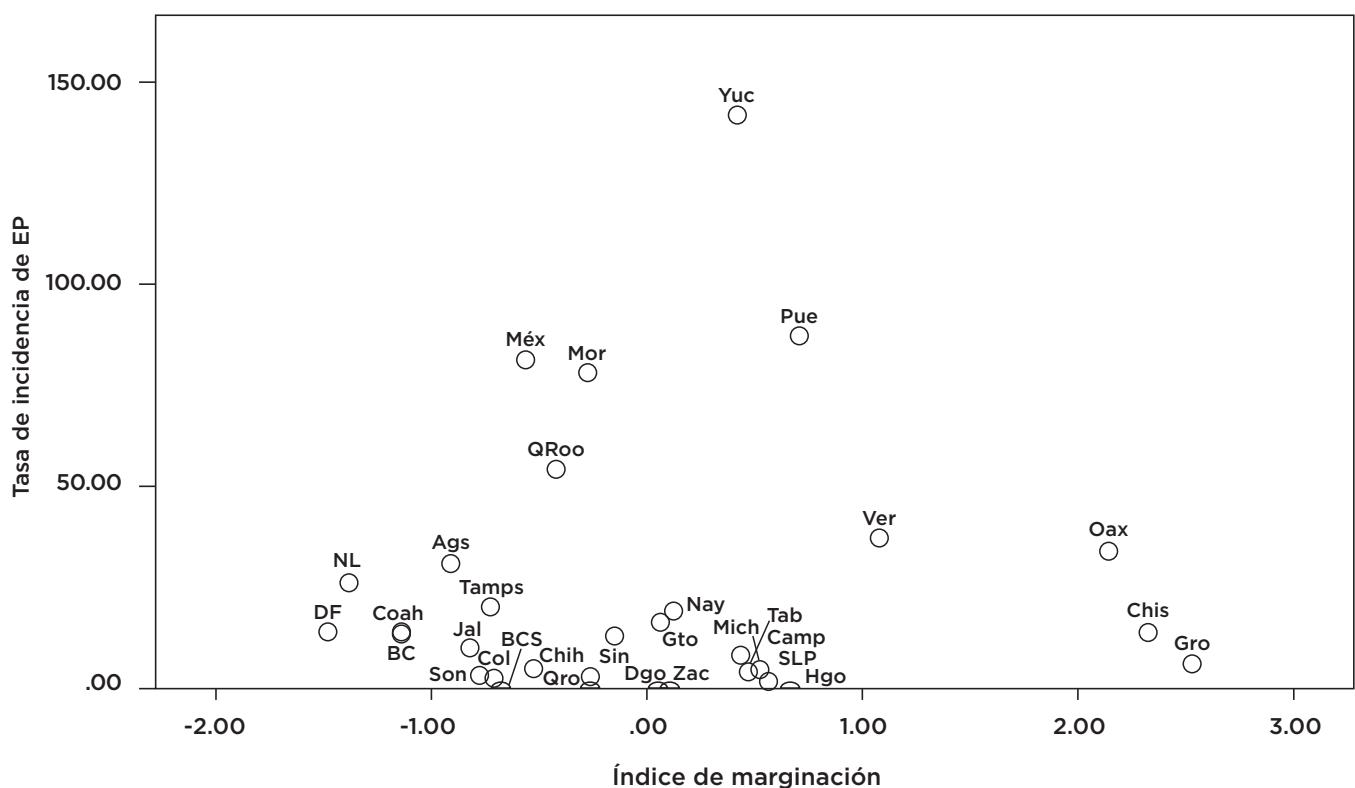


Figura 4. Correlación entre la tasa de incidencia por enfermedades parasitarias seleccionadas y el índice de marginación, 2010.

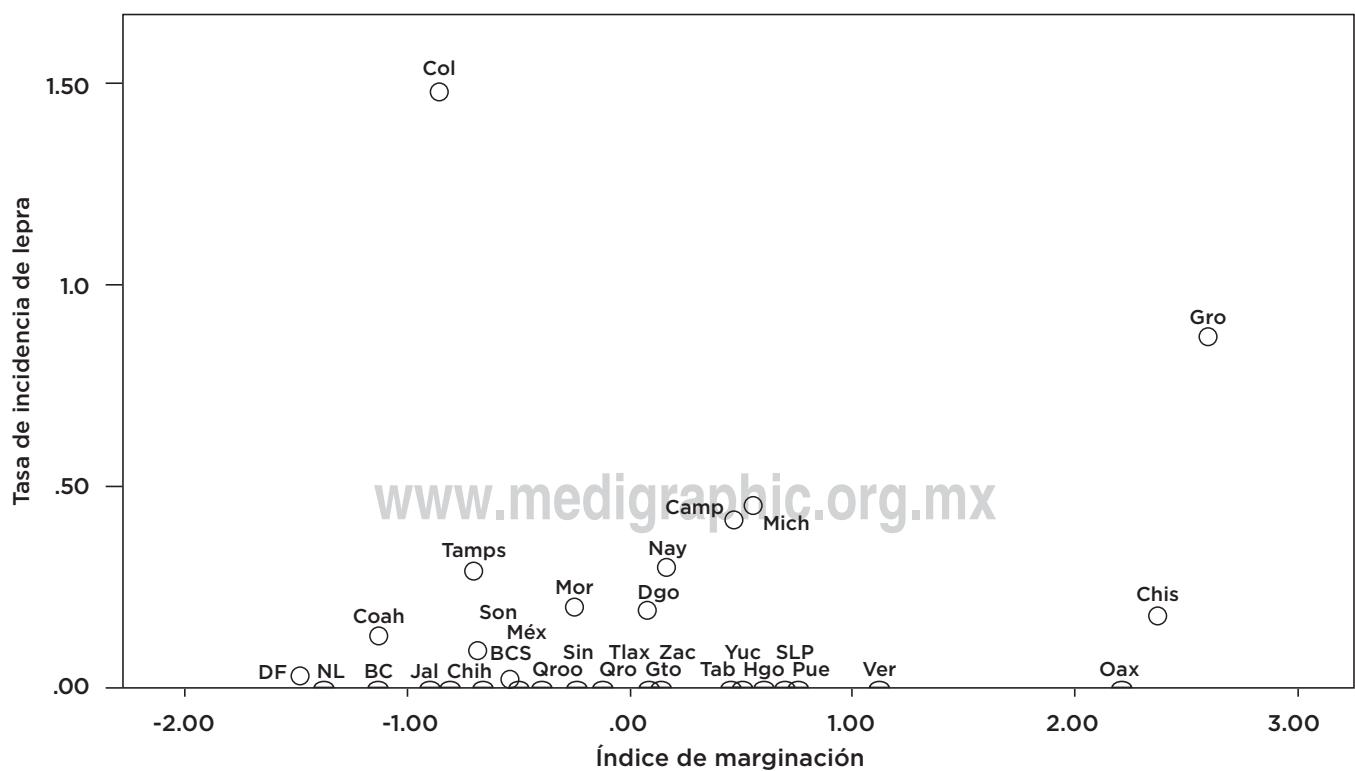


Figura 5. Correlación entre la tasa de incidencia de lepra y el índice de marginación, 2010.

DISCUSIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha publicado que las EID afectan en particular a las poblaciones pobres; generalmente se agrupan varias de ellas en una misma región geográfica. Estas enfermedades reciben poca atención y se ven postergadas en las prioridades de la salud pública porque los afectados carecen de influencia política.¹ Asimismo, ha publicado que aunque América Latina no es la región más pobre del mundo, sí es considerada como aquella con las mayores desigualdades: el 10% más rico de la población recibe el 48% de los ingresos, mientras el 10% más pobre recibe apenas el 1.6%. En América Latina y el Caribe, 7% de la población carecía en 2008 de acceso a agua potable, 3% en zonas urbanas y 21% en las rurales, mientras que 21% de la población carecía de acceso a adecuados servicios de saneamiento básico, 14% en zonas urbanas y 45% en las rurales.¹

En América Latina y el Caribe, las helmintiasis se encuentran ampliamente diseminadas, mientras que hay focos de transmisión de esquistosomiasis en Brasil, Santa Lucía, Suriname y Venezuela; de filariasis linfática en Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana; de oncocercosis en Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela, y de tracoma en Brasil, Colombia, Guatemala y México.¹ Es así que nuestro país ha reportado a la OPS/OMS la presencia y persistencia de EID, tan sólo un año antes, en la Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de la OPS sobre «Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza», fueron incluidas 12 enfermedades infecciosas desatendidas con el objetivo de eliminarlas o reducir significativamente su impacto para el año 2015.⁸

En el presente estudio, el 62.5% (IC_{95%} 44.97, 77.85%) de las entidades federativas se ubicaron en el cuadrante inferior izquierdo; inclusive, unas entidades no reportaron casos para algunas de las EID; lo anterior está relacionado con la falta de estadísticas fiables que dificulta definir estados basales, por lo que dependen de la sospecha clínica y su confirmación por laboratorio; es por ello que la mayoría de las entidades federativas se concentraron en un sólo cuadrante y sin correlación estadística; un ejemplo de ello, fueron Nuevo León y México que contrastaron su tasa de incidencia general contra su índice de marginación publicada por CONAPO.⁷ Otra situación fue en los estados de Chiapas y Guerrero, que se ubicaron como aquellos con mayor rezago, pero con tasa de incidencia general de EID menor al promedio nacional. Situación similar en Oaxaca y Veracruz. De forma peculiar se observa en la tasa de incidencia de ETV, donde el Estado de México presentó la mayor incidencia, junto con Veracruz, Quintana Roo y Jalisco, estos últimos idóneos para este tipo de enfermedades por su ubicación geográfica, lo que contrasta con la tasa de incidencia de Guerrero, Oaxaca, Campeche y Chiapas, los cuales deberían contar con

mayor incidencia por sus condiciones geográficas, pero no así por sus condiciones socioeconómicas. En cuanto a la lepra, las incidencias más altas se dieron en Guerrero (índice de marginación muy alto), Campeche (índice de marginación alto), Michoacán (índice de marginación alto) y Nayarit (índice de marginación medio), a excepción de Colima que fue el estado con la incidencia más alta, pero con un índice de marginación bajo. Asimismo, fue la única patología donde se encontró correlación positiva entre el índice de marginación y la tasa de incidencia.

En ese sentido, Chiapas y Oaxaca, entidades con grado de marginación muy alto, también reflejan la marginación en sus localidades, ya que en ambos estados el 95.8% presentaron grados de marginación muy alto y alto.^{5,7} De acuerdo con el CONAPO, las entidades federativas que tienen más localidades con grado de marginación muy alto son cinco: Chiapas (17.9%), Guerrero (11.4%), Chihuahua (10.6%), Oaxaca (10.5%) y Veracruz (9.7%).^{5,7} En el otro extremo, las entidades que presentan menos de 50 localidades en el nivel más alto de marginación son el Distrito Federal, Colima, Aguascalientes y Tlaxcala. En resumen, las carencias en cuanto al acceso a los servicios públicos se pueden distinguir claramente. Si bien la proporción de personas que reside en localidades de alto nivel de marginación es menor que en las localidades de nivel muy alto, el monto de población y el número de viviendas en condiciones precarias es sensiblemente mayor en el nivel alto en comparación con el muy alto. Lo anterior refleja que poco más de 23 millones de personas viven en pobreza en nuestro país.⁵

Un gran logro de la Salud Pública ha sido el que México no haya presentado casos de rabia humana transmitida por agente canino desde el 2005 gracias a las intensas actividades de vacunación antirrábica canina y felina; sin embargo, continúan presentándose casos de rabia humana transmitida por animales salvajes en zona rurales (principalmente en zonas indígenas),¹⁰ lo que denota una brecha de desigualdad en acceso a los servicios de salud. Recientemente, el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, dijo que para construir un México incluyente es necesario erradicar el hambre y asegurar el acceso a los servicios de salud de calidad y anticiparse a la enfermedad para evitar las condiciones que la generan. Es la mejor forma de cuidar la salud.^{11,12} En ese sentido, en nuestro país aún persisten las EID, aunque con poca frecuencia, pero es necesario ejecutar políticas y recomendaciones que encaminen a su control y eliminación, como las plasmadas en el «Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010-2015».¹³

Asimismo, existe una gran variación en la población atendida por la seguridad social en los estados entre el índice de marginación y las tasas de incidencia de EID. Estas diferencias dependen en gran parte de la oferta de trabajos en el sector formal público y privado. La distribución de los hogares cubiertos

por el IMSS varía por decil de gasto: en el año 2000 el 1% de los hogares de los derechohabientes del IMSS se ubican en el decil más pobre y 12% en el decil más rico.¹⁴ Para el año 2010, los afiliados al IMSS se concentraron en mayor medida en los deciles de mayores ingresos, con el 2.2% en el primer decil contra el 12.9% en el último decil.¹⁵ Dicha situación puede considerarse como una variable que intervino y no fue controlada en el estudio, por lo que los resultados de la correlación entre ambas variables fueron negativos. Pese a esto, existe una heterogeneidad en México que constituye una fuente de riqueza y pluralidad, pero también de retos y desafíos, ya que las brechas entre las entidades federativas son amplias, las cuales denotan desigualdades en la distribución de población por grado de marginación, por lo que los índices de marginación en las entidades federativas son tan heterogéneos y amplios que hacen mucho más que comprobar un fenómeno estructural de nuestro país: vulnerabilidad y pobreza; que impactan en salud, donde el registro de estas patologías depende del acceso a los servicios médicos, demanda de la atención médica, sospecha clínica, notificación epidemiológica del caso y confirmación diagnóstica, con sus sucesivas medidas específicas de prevención y control; lo que demanda mejores procesos y procedimientos en los servicios de atención médica, salud pública y asistenciales. Por ello, con el fin de fortalecer la agenda de la salud pública es importante tener en cuenta el contexto social de la salud, el cual determina el padrón epidemiológico de las EID.¹⁶ Con el presente estudio se concluye que la correlación entre el índice de marginación y la tasa de incidencia de las EID fue poca, y depende en gran medida de la consistencia del registro de casos nuevos ante la sospecha clínico-epidemiológica y, probablemente, por la concentración de la población asegurada al IMSS en los deciles de mayor ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Notas descriptivas sobre las enfermedades desatendidas [Internet]. 2012 [fecha acceso el 2 de febrero de 2013]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5753&Itemid=4141
2. Organización Mundial de la Salud. ¿Por qué se les dice "desatendidas" a algunas enfermedades tropicales? [Internet], 2012 [fecha de acceso el 2 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/58/es/index.html>
3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Comunicado de prensa, CONEVAL presenta los resultados de la medición de pobreza 2010 para cada municipio del país. Distrito Federal; 2011.
4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2012. México; 2012.
5. Consejo Nacional de Población. Índice de marginación por localidad 2010 [Internet], 2012 [fecha de acceso el 2 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica*. México, IMSS; 2010.
7. Consejo Nacional de Población. Índices de marginación, mayo, 2012 [Internet], 2012 [fecha de acceso el 3 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/indices_de_Marginacion
8. Pan American Health Organization/World Health Organization. *Resolution CD49.R19. Elimination of neglected diseases and other poverty-related infections*. 49th Directing Council. 61st Session of the Regional Committee. Washington, D.C., USA; 2009.
9. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición multidimensional de la pobreza en México. Análisis de bienestar de la infancia. Primer Encuentro Regional de Indicadores sobre Infancia y Adolescencia. Septiembre; 2011.
10. Secretaría de Salud. *Guía para la atención médica y antirrábica de la persona expuesta al virus de la rabia. Segunda edición*. México: Secretaría de Salud; 2010.
11. Presidencia de la República. La salud es condición elemental para el desarrollo integral de las personas y de la nación: Enrique Peña Nieto. Comunicado de prensa. 6 de febrero de 2013 [Internet], 2013 [fecha de acceso el 7 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/la-salud-es-condicion-elemental-para-el-desarrollo-integral-de-las-personas-y-de-la-nacion-enrique-peña-nieto/>
12. Presidencia de la República. Presenta el Presidente Peña Nieto la Nueva Política Nacional de Salud. Comunicado de prensa. 2 de abril de 2013 [Internet], 2013 [fecha de acceso el 2 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/presenta-el-presidente-peña-nieto-la-nueva-politica-nacional-de-salud/>
13. Ault SK, Saboyá MI, Nicholls RS, Requejo RH. *Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010-2015. Análisis de avances, prioridades y líneas de acción para filariasis linfática, esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
14. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2000, vol. 1, México.
15. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas. Resultados para el año de 2010 [Internet], 2010 [fecha de acceso el 3 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.schp.gob.mx/INGRESOS/Ingresos_dist_pagos/distribucion_pago_impuestos_resultados_2010_022021.pdf
16. Ehrenberg JP, Ault SK. Neglected diseases of neglected populations: Thinking to reshape the determinants of health in Latin America and the Caribbean, *BMJ Public Health*, 2005; 5: 119.

Correspondencia:

Dr. David Alejandro Cabrera Gaytán
Mier y Pesado Núm. 120, primer piso,
Col. Del Valle, Benito Juárez,
03100, México, D.F.
Tel: 5536-8861
E-mail: david.cabrera@imss.gob.mx