

**Taller Inequidades en Salud en México: Conceptualización y Medición**  
**Martes 28 de abril de 2015**  
**Secretaría de Salud, Ciudad de México**

**Reporte Relator del Evento**

**Contexto**

Latinoamérica es la región de mayor desigualdad económica en cuanto a sus índices nacionales, la cual se refleja en sus indicadores de salud, mismos que contribuyen a perpetuar las desigualdades socio-económicas existentes.

México es uno de los países con mayor diversidad social y económica, basada en una riqueza singular cultural y ecológica. Sin embargo, presenta niveles bajos de inclusión<sup>1</sup>. Las condiciones multifactoriales de la pobreza en México (una de ellas el acceso a los servicios de salud) influyen en la salud de los mexicanos. Las encuestas nacionales de salud identifican de manera constante importantes diferencias en los niveles de salud según los estratos sociales, tipos de servicios de salud y lugares geográficos<sup>2</sup>.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud) son los principales determinantes de las inequidades en salud. La OMS promueve a la equidad en salud como prioridad nacional y global, y el artículo 1° de su constitución lo subraya "disfrute de todas las personas de la mejor salud posible"<sup>3</sup>. En México, el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prevé que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud". En materia de salud, México se ha comprometido, mediante la resolución WHA62.14 de la OMS de 2009 sobre Determinantes Sociales de la Salud, a medir y actuar contra las inequidades en salud<sup>4</sup>.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) traza los grandes objetivos de las políticas públicas en México y establece acciones específicas para alcanzarlos. Sus principales estrategias muestran vínculos claros con las prioridades de la política europea del desarrollo y con el desarrollo incluyente y sostenible en México. El Gobierno Mexicano ha constatado su voluntad de avanzar en políticas de cohesión social, reconociendo los rezagos en desigualdad y el profundo desequilibrio territorial. Tanto en el "Pacto por México" como en las conclusiones del Foro Internacional "México 2013: Políticas Públicas por un México Incluyente"<sup>5</sup> y en el capítulo México Incluyente del PND, se enfatizan la promoción de la igualdad social y el equilibrio territorial.

Asimismo, en el marco de la cooperación con México, el Programa Nacional Indicativo 2007 -2013 de la Unión Europea (UE), define la cohesión social como el primer y más importante sector de la cooperación bilateral. Dicha colaboración ha sido reafirmada en junio del 2013 por el Comité Conjunto UE-México para la Agenda de Desarrollo Post-2015, en el que se manifiesta la voluntad de continuar trabajando en común en la cohesión social.

---

<sup>1</sup> Aun siendo la 13ª economía del mundo, tiene uno de los índices de desigualdad económica más altos y, como consecuencia, más del 50% de los mexicanos vive bajo el umbral de la pobreza.

<sup>2</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: [http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012\\_Sint\\_Ejec-24oct.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf)

<sup>3</sup> El Derecho a la Salud (OMS): <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

<sup>4</sup> [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf)

<sup>5</sup> <http://pnd.gob.mx/>

México y la UE iniciaron un proceso de planeación estratégica y puesta en marcha de un programa integrado de cohesión social que involucra a los diferentes órdenes de gobierno como herramienta novedosa en la cooperación entre ambas partes. A este proyecto se le denominó “Laboratorio de Cohesión Social entre México y la Unión Europea”<sup>6</sup> (LCS), que fue fundamentado por un Convenio suscrito en diciembre del 2010. El objetivo de este programa es fortalecer la cohesión social en México a través de la promoción de reformas estructurales que mejoren la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios públicos básicos, empleo, justicia, seguridad y derechos humanos, subrayando diversos temas estratégicos incluyendo la promoción de la cohesión social para la universalización del acceso a servicios sociales y de salud. La modalidad de este Laboratorio es su capacidad de articulación interinstitucional (coherentemente con la perspectiva multidimensional adoptada en México para la reducción de la pobreza), multidimensional, y multisectorial, en la que participan numerosas instituciones y actores clave cuya actividad influye de manera determinante en la cohesión social.

En sus inicios el LCS instrumentó una serie de diálogos sobre políticas de cohesión social entre México y la UE en temas clave que incluyeron el acceso a los servicios básicos de salud. Como resultado, se estableció en diciembre de 2010, el Grupo de Salud, integrado por la Secretaría de Salud (Salud), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual ha desarrollado una estrategia de trabajo para priorizar las siguientes áreas: 1) El desarrollo de la evaluación de tecnologías en salud; 2) La mejora y armonización de la calidad de la atención y la gestión sanitaria; y 3) El refuerzo de las redes de salud en el primer nivel de atención, y en la coordinación de los niveles internos. El LCS en cooperación con Salud ha llevado a desde el 2012 diversos diplomados en línea, cursos presenciales, y seminarios de alto nivel para abordar estos temas.

Medir inequidad presupone fijar niveles mínimos y factibles/sostenibles de salud para todos los mexicanos. Ello permite medir la carga de inequidad y su distribución por grupos de edad, sexo y lugares geográficos, entre otros. El mapa de inequidades permite también definir niveles mínimos de ingresos compatibles con el derecho universal a la salud (e informar políticas fiscales y de cohesión territorial), modelos de salud sostenibles y orientación en equidad de los servicios sociales, incluidos los de salud.

### **Objetivos**

El Taller Inequidades en Salud en México: Conceptualización y Medición, tuvo lugar el pasado 28 de abril en la Sala Guillermo Soberón de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México y contó con la participación de representantes de las instituciones más relevantes tanto del gobierno federal, como de la academia y sociedad civil (anexo lista de participantes).

El objetivo de este taller fue el de desarrollar una propuesta de abordaje metodológico que permita estimar la carga de la inequidad en salud en México, es decir, de los resultados que se evitarían en una situación en la cual cualquier individuo tuviera la misma posibilidad de disfrutar de su potencial en salud. Para tal fin, se presentó y debatió el estado actual y los desafíos para la medición de las desigualdades de salud en México, tanto en condiciones de vida como en acceso a los servicios de salud. De igual manera se analizaron las condiciones necesarias para permitir mayores grados de equidad en salud, direccionar a los sistemas de salud, y fortalecer las políticas públicas para hacer posible el derecho universal a la salud y su monitorización mediante la medición y corrección de las inequidades en salud.

---

<sup>6</sup> <http://www.cohesionsocial.mx/>

## **Presentaciones**

El Taller dio inicio con diversas presentaciones que describieron la situación, análisis y desafíos sobre la inequidad en salud tanto en el contexto global como en el nacional. La metodología del taller tuvo como base la discusión del documento “Abordaje Metodológico para la Medición de la Carga de la Inequidad”, realizado recientemente por el Instituto Nacional de Salud Pública. Posteriormente los participantes compartieron sus puntos de vista para definir los aspectos más relevantes para la medición de la inequidad en salud en México.

La primera intervención estuvo a cargo del Dr. Eduardo González Pier, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, cuyas palabras de bienvenida sentaron el marco en el que tuvieron lugar las discusiones del taller. El Subsecretario González Pier enfatizó la importancia de entender a la inequidad como la parte evitable e injusta de la desigualdad, y reflexionó sobre la prioridad de poder medirla en aras de mejorarla. De igual manera subrayó a la salud como uno de los principales causantes de las desigualdades sociales, recalcando que una salud más equitativa contribuiría a una sociedad más equitativa.

El programa continuó con la presentación “Introducción al Desafío de Equidad en Salud Global” a cargo del Dr. Juan Garay Amores, Jefe de la Sección de Cooperación de la Delegación de la UE en México. El Dr. Garay Amores abordó una serie de temas relevantes que incluyeron: los principios éticos de la equidad; la definición holística de la salud, tanto en equidad y sostenibilidad como en el derecho universal a la salud; y su relación con los compromisos constitucionales de México. Asimismo, subrayó la importancia de la medición del objetivo común en salud global, que incluye una mejor salud posible, factible y sostenible; y las diferencias entre desigualdad e inequidad, la cual precisa definir el mínimo objetivo factible para todos. También detalló diversos métodos de definición de modelos de equidad en salud sostenibles; el análisis de carga de inequidad por países, grupos de edad y sexo; la relación entre equidad en salud y zona de equidad de recursos compatibles con el derecho a la salud; y los desafíos en la aplicación del método de análisis de carga de inequidad en salud a nivel regional dentro del país. Igualmente cubrió algunos de los principales retos y oportunidades en México sobre estos temas.

El Dr. Garay Amores destacó que la carga de inequidad en salud global en relación a modelos factibles y sostenibles es el número de muertes evitables si hubiera equidad en salud y presentó estimaciones que muestran como esta cifra que actualmente asciende a 17 millones de personas se ha mantenido constante desde los años 80. De igual manera presentó cifras que muestran que en el caso de México la proporción de muertes en mujeres que son evitables es bastante más alta que la de los hombres. Asimismo, recalcó la importancia de poder medir la inequidad nacional y sub-nacional y así como la carencia que tenemos de datos disponibles sobre estos temas.

El taller prosiguió con la intervención del Dr. Mauricio Hernández Ávila, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), quien presentó un análisis sobre las desigualdades de salud en México, con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), subrayando desigualdades relevantes entre las que se incluyen la territorial, por sistema de seguro de salud, y por enfermedad, destacando el contexto del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El Dr. Hernández Ávila enfatizó que las oportunidades de salud de las futuras generaciones dependen de la salud de sus padres ahora, agregando la necesaria intervención del estado como garante de la salud y el rol cada vez más participativo que este ha tenido en los últimos años en nuestro país.

Posteriormente, el Dr. Juan Pablo Gutiérrez, Director Adjunto del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del INSP, presentó el estudio “Abordaje Metodológico para la Medición de la Carga de la Inequidad” El objetivo de este reporte fue el de desarrollar una propuesta de abordaje metodológico que permita estimar la carga de la inequidad en salud en México, y servir

como documento base para las discusiones del Taller. El estudio analiza aspectos fundamentales sobre la inequidad en salud en México, incluyendo las diferencias entre desigualdades e inequidades; las situación de la inequidad en salud en México; las fuentes de información disponibles e indicadores demográficos y sociales; la mortalidad y el nivel de marginación; la relación entre indicadores de salud y las fuentes de información para identificar inequidades; las estratificación de las variables más influyentes en salud; los recursos disponibles y la estimación por estratos de la mejor salud posible.

### **Discusiones**

La dinámica de intervenciones cambió el plan inicial de paneles por temáticas, en tres sesiones, una sobre mandatos, actividades y en su caso bases de datos de las instituciones participantes, y la segunda y tercera parte sobre propuestas de formas de coordinación, integración y análisis de equidad/inequidad de la salud en México.

La primera sesión se tituló “Hacia un Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud en México”. Los asistentes al taller contribuyeron a la discusión identificando y analizando información disponible con la que cada institución cuenta sobre este tema. Entre las fuentes más relevantes mencionadas se incluyen: la del conjunto de indicadores para medir la inequidad en salud en relación a la inclusión social que está siendo desarrollada por Salud; la de pobreza multidimensional, por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL); la encuesta sobre calidad e impacto gubernamental, por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); y diversos análisis recientes sobre la sociedad civil en México; por instituciones que incluyen al Consejo Nacional de Población (CONAPO), al Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), y al INSP, entre otros. Otras fuentes de información relevantes incluyen el informe de equidad de género, por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES); el análisis de grupos discriminados y vulnerables, por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED); así como diversos estudios específicos realizados por las universidades participantes en el taller, como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (UAM-Xochimilco), y la Universidad Veracruzana (UV).

La segunda sesión se tituló “Retos y Oportunidades para Fortalecer el Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud en México”. La Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) de Salud señaló la necesidad de seleccionar indicadores relevantes que den cuenta de las inequidades existentes, así como de acordar una metodología robusta que permita, entonces, monitorear las inequidades en salud. Diversos participantes reiteraron dicha necesidad subrayando áreas que incluyen la estimación de la carga de inequidad, la coordinación e integración de los diversos sistemas de información, su desagregación a nivel municipal y por grupos sociales, y el mecanismo de incidencia en políticas públicas relacionadas a la salud, entre otras.

El programa avanzó con la discusión sobre los “Retos y Oportunidades para Incorporar la Evidencia de la Inequidad en Salud en las Políticas Públicas”. En concreto, las contribuciones más relevantes que se abordaron incluyeron las siguientes áreas de discusión que a continuación se destacan:

### **Gobernanza**

-Normatividad y recursos: Diversos participantes en las discusiones destacaron dos aspectos clave para la monitorización de la equidad: los recursos y la normatividad. Si bien son necesarios los recursos, algunos participantes opinaron que se gastan muchos recursos en sistemas de información que a menudo no son utilizados, y por consiguiente es esencial la racionalización de la información, empezando por la coordinación. En este sentido se propuso un foro permanente de diálogo, creación de sinergias y fortalecimiento de sistemas administrativos (registros) de información prioritaria.

También se reiteró que para información en salud, existe el Comité Técnico Especializado del Sector Salud (CTESS), que forma parte del Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía (SNIEG).

-Monitorización de políticas públicas: La SEGOB planteó la necesidad de que los diferentes mecanismos estadísticos -censos, encuestas y registros administrativos- se unieran en sus diferentes utilidades, en una estrategia común. La administración debe ser monitorizada en su uso de los recursos públicos, en el impacto hacia sus objetivos, en la calidad de los servicios y en la retroalimentación de sus usuarios, para lo cual es necesario complementar registros y encuestas. Por otro lado, es esencial conocer el progreso incluyente de una nación y sus perspectivas y tendencias. Se citó luego por Salud la proyección de crecimiento demográfico y su impacto socioeconómico y ecológico, y como la proyección inicial al nacimiento de la política de población del país para 2015 de 160-200 millones en México hubiera significado unos desafíos muy distintos.

-Base del derecho humano: CONAPRED informó que su encuesta de discriminación se basa en la percepción subjetiva/cualitativa de las personas en su situación y en su acceso a servicios. Dicho tipo de encuestas recopilan información sobre deficiencias del sistema, animan un ejercicio activo de los derechos humanos, incluidos los relativos al acceso a servicios sociales, y su participación en la mejora de las condiciones de vida y acceso a servicios. Para ello es importante que cualquier sistema de información y monitorización de políticas públicas y de la situación e impacto de las anteriores en la equidad en salud como termómetro de cohesión social, tenga independencia (participación de instituciones públicas, pero decisión colegiada sobre métodos, análisis e informes), participación representativa (instituciones, organizaciones de la sociedad civil y la academia) y transparencia.

### ***Organización***

-Coordinación, complementariedad e integración de sistemas: INDESOL destacó la importancia de la inclusión de la sociedad civil en un sistema integrado, participativo y transparente (como es la información y la retroalimentación según INEGI), tanto por el concepto democrático y el compromiso de México por el gobierno abierto, como por la información complementaria que aporta de poblaciones marginales y no captadas por el sistema de registro ni las encuestas oficiales. La UV resaltó la importancia del fortalecimiento institucional particularmente en el área de acceso a servicios de salud tanto en los aspectos estructurales como operativos. El IMSS también insistió en la necesidad de coordinar información de los diferentes sistemas de seguro de salud y social, y de otros sectores críticos para la salud, así como la estrategia de incidencia en sectores clave. Este hecho fue también destacado por la Dirección General de Información a la Salud (DGIS) de Salud quien cuenta con el Padrón General de Salud que tiene un padrón de asegurados con más de 100 millones de pacientes (pues es frecuente el uso de varios sistemas de seguro y asistencia). Esta información, además está validada con datos demográficos del Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO). La DGIS es la encargada de corregir el sub-registro de la mortalidad materna, mediante la Búsqueda y Reclasificación de las Muertes Maternas (BIEMM), un indicador sensible al funcionamiento del sistema de salud. Por otro lado, la DGIS entrega al INEGI indicadores que forman parte de los sistemas de información estadística de Salud, en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG).

También se destacó la importancia del taller pues representa el primer paso para la coordinación de sistemas de información en el consenso de conceptos, objetivos y métodos, y de ahí encontrar sinergias y evitar duplicidades. CONAPRED (informando de su encuesta de discriminación) insistió en la dinámica de las instituciones nacionales de recoger sus propias encuestas y estadísticas y la consecuencia de duplicidad de potestades y datos, a menudo careciendo del tamaño de muestra necesaria (por ejemplo para el análisis a nivel municipal) o frecuencia (ej. la Encuesta Nacional de

Salud y Nutrición (ENSANUT) cada 6 años) recalando la necesidad de un mecanismo de carácter nacional de información que permee a todas las instituciones.

### ***Información***

-Pertinencia de la información recabada: Varios participantes insistieron en diseñar, con base en los objetivos nacionales del PND, cuál es la información más relevante (se citó la importancia creciente de la salud mental) y cuál falta aún, cómo coordinar recursos para evitar información no pertinente, duplicidades, y para unir recursos con el fin de generar información ausente y pertinente. Asimismo, en el diseño, levantamiento y análisis de dicha información se deben involucrar a las Secretarías relevantes ej. Secretaría de Economía para datos económicos, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) para datos ecológicos, Secretaría de Gobernación (SEGOB) para datos sociodemográficos, Secretaría de Educación Pública (SEP) para datos sobre educación, etc., con el propósito de que la incidencia de la información recogida impacte en las políticas públicas. La UV, la UAM-Xochimilco y la UNAM insistieron en la selección de indicadores claves sensibles a los objetivos nacionales y estatales.

-Características de la información: prioritaria/pertinente, oportunidad en su periodicidad (para detectar cambios y tendencias), representatividad, cuantitativa y también cualitativa (percepción de las personas) y sensible/específica a la vez que sencilla e inteligible por no-especialistas.

-Datos al nivel municipal: Los representantes del INEGI reconocieron que si bien los datos disponibles con los que cuentan captan un amplio espectro de indicadores socio-demográficos, su tamaño de muestras, por mencionar un caso, de unas 33,000 viviendas, no permite el análisis a nivel municipal. Sin embargo, el CONAPO por otro lado, tiene estimaciones a nivel municipal de la mortalidad infantil pero sus datos no le permiten estimar la esperanza de vida a ese nivel, los ingresos per cápita o las emisiones de carbono.

### ***Desafíos***

-Determinación de estándares de referencia y objetivos factibles para todos: La UAM-Xochimilco planteó la necesidad de priorizar estratificadores más determinantes de la salud y comenzar a hacer los mapas de desigualdad según dichas variables, para luego en una segunda fase identificar el “estándar de oro” que permita estimar las muertes prevenibles por carga de inequidad. Para ello será necesaria la creación de un grupo de trabajo que avance en dicha definición y metodología. La UE planteó que las desigualdades en salud pueden medirse bien con: 1) desigualdades entre grupos como actualmente se puede ver en ciertas variables en México (ej. cobertura de servicios según sistemas de aseguramiento, mortalidad infantil según municipios), 2) estratificación y métodos de estimación de recursos disponibles para cada estratificador (fronteras de producción) o la estimación de mejor salud factible y sostenible para todos los mexicanos según datos municipales de salud -esperanza de vida, ingresos –PIB per cápita- y huella de carbono per cápita (para orientación de modelos y estándares de sostenibilidad/equidad inter-generacional).

-Pertinencia de un observatorio nacional de la equidad en salud: La UE preguntó a los participantes, si con el liderazgo de Salud consideraban pertinente en México establecer un observatorio nacional de equidad en salud, tal y como se ha lanzado en Uruguay y en Colombia.

### ***Conclusiones***

Con base en el documento de reflexión, las presentaciones y las prioridades genéricas estructuradas antes descritas sobre las discusiones (la primera sesión sobre sistemas existentes, la segunda sobre desafíos hacia un sistema integrado y la tercera sobre la incorporación de la evidencia en las políticas públicas), el taller fue concebido para, liderado por Salud y de forma participativa por los miembros del sector gubernamental, sociedad civil y académicos, definir acciones concretas con

estrategias encaminadas a monitorear y reducir las inequidades de salud, concluyendo en lo siguiente:

*Conclusión 1:* Mapa e integración racional de sistemas de información. Existe una necesidad de integrar la diversidad y riqueza de información existente de sistemas de censos, registros y encuestas que incluyen datos de salud y sus determinantes sociales.

*Acción 1:* Para ello Salud propone que con el liderazgo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, se establezca un grupo de trabajo de inequidad en salud multi-sectorial (INEGI, CONEVAL, SEGOB, SEDESOL, IMSS, ISSSTE, CONAPO, Economía, SEMARNAT, INSP, Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud y otros), y participativo (con representación académica y organizaciones de la sociedad civil a determinar según experiencia) que puedan hacer un mapa exhaustivo de las fuentes de información, indicadores, nivel de desagregación poblacional y territorial, periodicidad y validez.

*Conclusión 2:* Metodología de carga de inequidad: México está comprometido por acuerdos internacionales, por compromisos nacionales y por la evidencia de las desigualdades sociales, a medir la equidad en salud, para lo cual es necesario acordar una metodología sólida, comprensible por la sociedad y que permita monitorizar la carga de inequidad en pérdida evitable de salud.

*Acción 2:* Para ello, el grupo de trabajo antes mencionado, integrado también para esta función por referentes internacionales institucionales (PNUD, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) , y la UE), y académicos (a definir alianzas internacionales) que pueda diseñar una metodología sólida para la determinación de estándares de salud factibles/sostenibles de salud en México y con ello el método de estimación de carga de inequidad y su distribución poblacional y geográfica, con monitorización oportuna en el tiempo.

*Conclusión 3:* Creación de un observatorio nacional de equidad en salud. Durante el taller se ha evidenciado el valor añadido del monitoreo de la equidad en salud, como estrategia de evaluación de políticas, de progresos en salud, y sobre todo para definir políticas sanitarias. Dada la amplia experiencia y capacidad institucional y académica, la pertinencia de monitorizar la equidad en salud y la necesidad de su papel de barómetro de progreso incluyente y sostenible y de incidencia como tal en políticas estructurales (economía, conocimiento-educación, comunicación, empleo, ecología, servicios sociales, marcos legales y procesos de garantía de derechos humanos), se considera pertinente la creación de un observatorio nacional de la equidad en salud.

*Acción 3:* El grupo de trabajo antes descrito tendrá también como función el diseño y propuesta de un observatorio nacional de equidad en salud, basada en las acciones previamente descritas (la integración racional de sistemas de información y la definición de metodologías de estimación de carga de inequidad en salud) y en la estrategia de consulta, debate e incidencia en políticas clave. Dicho observatorio deberá cumplir los principios de independencia, participación y transparencia. El grupo de trabajo elaborará sus objetivos, estatutos, organización, funcionamiento y financiación.

Nota: La Unión Europea se compromete a apoyar al grupo de trabajo (con sus sub-grupos según objetivos) dentro del Laboratorio de Cohesión Social y en sinergia con el programa EUROsociAL (para apoyar la presentación de la posición de México en el seminario internacional que se llevará a cabo a finales de junio de 2015) y los programas de investigación en equidad en salud.