PUBLICACIONES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

XLVIII CONGRESO NACIONAL

ACTUALIDADES EN MEDICINA, ENFERMERÍA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

# LA SALUD EN MÉXICO, DESAFÍOS PARA LA SOCIEDAD, LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA Y LAS PROFESIONES DE LA SALUD

Dr. José Narro Robles

CDMX, 18 de septiembre de 2026

# La salud en México, desafíos para la sociedad, la Academia Nacional de Medicina y las profesiones de la salud*



Dr. José Narro Robles

XLVIII Congreso Nacional
"Actualidades en Medicina, Enfermería, Ciencia y Tecnología"
Academia Nacional de Medicina de México
Ciudad de México, 18 de septiembre de 2026

## I. Palabras iniciales

Señor presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, doctor Raúl Carrillo Esper; señoras y señores integrantes de la Mesa Directiva; distinguidos académicos:

Agradezco la invitación a participar en la ceremonia inaugural de este XLVIII Congreso Nacional. Lo hago con el respeto que merece esta corporación y con la conciencia de que hablar aquí obliga. Obliga a decir lo que se piensa, a sostenerlo con datos y a proponer caminos. Obliga, sobre todo, a no confundir el diagnóstico con el lamento, pero tampoco la respuesta o la propuesta con la fantasía.

El título de esta conferencia señala tres destinatarios: la sociedad, la Academia y las profesiones de la salud. No es un reparto retórico. Ninguno de los problemas que voy a exponer se resuelve en uno solo de esos ámbitos.

Empiezo con una confesión. La primera vez que escuché el reto formulado como "el sistema de salud que México necesita" fue en 1967, siendo estudiante de primer año en la Facultad de Medicina. Han pasado casi seis décadas y seguimos en la misma encrucijada y con el mismo tema. Muchas cosas han cambiado y las mejoras no son menores ni deben ignorarse; pero numerosos problemas de fondo de aquellos años continúan afectando a nuestra sociedad. Que un problema persista seis décadas no significa que sea irresoluble. Significa que no lo hemos atendido como debíamos.

## II. Un país transformado: las transiciones demográfica y epidemiológica

Para entender dónde estamos hay que recordar de dónde venimos, porque nuestro sistema de salud fue diseñado para un país que ya no existe. A mediados de la década de 1940, México tenía alrededor de veinte millones de habitantes; en 2024 la población se estimó en más de 130 millones. La esperanza de vida, que apenas rebasaba los cuarenta años, supera hoy los setenta y cinco. La fecundidad, cercana a siete hijos por mujer en los años sesenta, ha descendido por debajo de dos. La edad mediana, que en 1970 rondaba los diecisiete años, alcanza hoy los treinta. Somos una nación distinta: más numerosa, mayoritariamente urbana y con una estructura de edades que se invierte con rapidez.[1,2]

A esa transición demográfica corresponde una transición epidemiológica igualmente profunda. A

*Una versión resumida de este documento se presentó en la sesión inaugural del XLVIII Congreso Nacional "Actualidades en Medicina, Enfermería, Ciencia y Tecnología"
En la elaboración de este documento se utilizó el software Claude en tareas de búsqueda de fuentes, actualización de datos, organización del contenido y formato de referencias. El contenido, los argumentos sostenidos, la validación de la información, la redacción final y las conclusiones propuestas son responsabilidad exclusiva del autor.

mediados del siglo pasado, las principales causas de muerte eran las enfermedades infecciosas y parasitarias, junto con los problemas maternos e infantiles. Desde los años ochenta, los padecimientos crónicos no transmisibles ocupan los primeros lugares. En 2024 se registraron poco más de 818 mil defunciones: 192 mil por enfermedades del corazón, 112 mil por diabetes y 95 mil por tumores. Esas tres causas explican, por sí solas, cerca de la mitad de todas las muertes del país.[3,4]

Y hay un dato que no podemos omitir: los accidentes y los homicidios sumaron casi 73 mil defunciones, y el conjunto de las causas externas representó el 10.4 por ciento del total. Uno de cada diez mexicanos que murió el año pasado no murió a causa de una enfermedad, falleció debido a distintas formas de violencia.

La expansión de los padecimientos crónicos no es fortuita: se asienta en factores de riesgo muy extendidos, y es ahí donde la sociedad tiene el papel protagónico.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el 76.2 por ciento de los adultos de veinte años y más vive con sobrepeso u obesidad, cuando en 2016 la cifra era de 71.3. Tres de cada cuatro. Y el problema empieza antes: el 38 por ciento de los adolescentes y el 34 por ciento de los escolares están ya en esa condición. En la comparación internacional, la obesidad medida alcanza en México el 36 por ciento de los adultos, la segunda cifra más alta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, solo después de los Estados Unidos, y cuando se incluye el sobrepeso, pasamos a ocupar el primer lugar.

La consecuencia está a la vista. La prevalencia de diabetes diagnosticada pasó de 5.7 por ciento en el año 2000 a 12.4 en 2023, y si añadimos a quienes la padecen sin saberlo y a los prediabéticos, cuatro de cada diez adultos mexicanos tienen ya un problema serio con esta enfermedad. La mitad de los adultos vive con hipertensión arterial y, entre ellos, tres de cada cinco no lo sabían. El 40 por ciento de los adultos de las zonas urbanas no realiza actividad física. Y el 17 por ciento presentó sintomatología depresiva; entre las personas mayores, la cifra aumento hasta alcanzar el 32 por ciento.[5]

En tabaquismo, el 30 por ciento de los varones y el 10 por ciento de las mujeres fuman. Nuestra prevalencia es comparativamente baja y hay que reconocerlo, pero debe decirse también lo otro: el consumo se mantuvo sin cambios significativos entre 2009 y 2023. Catorce años sin avanzar[6]. Donde sí hubo progreso fue en la exposición al humo de segunda mano, que se redujo en hogares, trabajos, transporte y restaurantes. La lección es clara: la regulación de los espacios funcionó; la reducción del consumo, no.

En alcohol, el 56 por ciento de la población consume y casi uno de cada cinco adultos bebió en exceso en los últimos treinta días. Ese patrón episódico e intenso se asocia con la cirrosis cuarta causa de muerte en el país, con la violencia, con los accidentes y con buena parte de la mortalidad prematura en varones jóvenes. No es un problema menor y lo hemos tratado como si lo fuera.

El sistema que nació para combatir la infección y cuidar a los niños enfrenta ahora la enfermedad crónica, la salud mental, el envejecimiento y una desigualdad persistente. Esa doble carga es el telón de fondo de cualquier reforma que aspire a tener éxito.

## III. ¿Cómo está la salud en México? El espejo de la comparación internacional

Conviene ahora mirarnos en el espejo, y hacerlo con honestidad, porque de nada sirve un diagnóstico complaciente.

Empiezo por la comparación que más debería dolernos, que no es con Noruega ni con Japón, sino con nuestros vecinos. Al comparar a México con los

diez países con la esperanza de vida más alta en Latinoamérica y entre las once demografías más grandes de América Latina, y con datos de la Organización Panamericana de la Salud, México ocupa el último lugar en esperanza de vida, con 75.3 años, frente a 81.1 de Chile y 81.0 de Costa Rica. El último lugar en gasto público en salud, con 3.0 por ciento del producto interno bruto, cuando Uruguay destina 6.9 y Colombia 6.5. El décimo lugar en sobrepeso y obesidad. El noveno en mortalidad infantil. Y el último, con enorme distancia, en mortalidad por diabetes: 94.5 por cada cien mil habitantes, frente a 12.2 de Cuba, 13.0 de Colombia y 15.4 de Chile. Siete veces la cifra de los mejores de la región. En personal de enfermería ocupamos el octavo sitio, con 30.3 por cada cien mil habitantes, contra 76.0 de Cuba y 72.3 de Uruguay.[7]

No nos estamos comparando con los países desarrollados. Lo estamos haciendo con países que comparten nuestro nivel de ingreso, nuestro perfil epidemiológico y nuestro momento de la transición demográfica. Y salimos mal.

El panorama frente a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, con los datos de *Health at a Glance 2025*, confirma el diagnóstico y lo agrava.[8,9]

La esperanza de vida es de 75.5 años frente a 81.1 del promedio: la cifra más baja de los treinta y ocho países de la Organización. La cobertura de servicios básicos alcanza el 78 por ciento contra 98 del promedio: también la más baja. Y el gasto por persona es el menor de todos.

La mortalidad evitable, la que no debería ocurrir si la prevención y la atención funcionaran, es de 418 por cada cien mil habitantes, casi el doble del promedio de 222. Y aquí está el hallazgo que me parece más importante de toda la comparación. Esa mortalidad se divide en prevenible, la que se evita antes de que la persona enferme, y tratable, la que se evita una vez que enfermó, con atención oportuna y de calidad. Nuestra mortalidad prevenible equivale a 1.7 veces el promedio; la tratable, a 2.3 veces: 175 por cada cien mil frente a 77, la más alta de América Latina.

Quiero que se entienda bien lo que esto significa. En Brasil y Colombia la mortalidad evitable está dominada por causas prevenibles, por lo que ocurre antes de llegar al médico. México es el país de la región donde la capacidad de respuesta del propio sistema pesa proporcionalmente más en el problema. No es solo que la gente enferme: es que enferma y el sistema no la atiende como se requiere para evitar las complicaciones y la muerte.

Un caso concreto lo confirma sin margen de duda: la mortalidad a treinta días por infarto agudo al miocardio es de 22.6 defunciones por cada cien ingresos con ese diagnóstico, frente a 6.5 del promedio y 2.6 de Noruega. Es la peor cifra de la Organización, y no es un indicador de estilo de vida: mide lo que ocurre desde que el paciente cruza la puerta del hospital.

En salud materna e infantil los números duelen de otra manera. La mortalidad materna es de 44.0 por cada cien mil nacidos vivos frente a 10.3 del promedio; la infantil, de 11.9 por cada mil frente a 4.0. Cuatro y tres veces respectivamente. La serie nacional registró 584 defunciones maternas en 2023, la cifra más baja de la década tras el repunte de la pandemia. Es un avance real y hay que decirlo; pero cada una de esas muertes es, en la enorme mayoría de los casos, evitable.

En financiamiento, México destina 5.9 por ciento del producto interno bruto a la salud frente a 9.3 del promedio, con un gasto de 1,588 dólares por persona contra 5,967. Y aquí viene el dato que a mi juicio retrata mejor nuestra injusticia: cerca del 40 por ciento del gasto total en salud lo pagan directamente los hogares en el punto de atención, el doble del promedio y la proporción más alta de la muestra; solo la mitad de nuestro gasto es público u obligatorio. Dicho llanamente: en México, cuando una familia enferma, paga; y paga cuando menos puede hacerlo.

No es solo un problema de equidad: es el mecanismo que explica el bajo tamizaje, la detección tardía y el empobrecimiento de miles de familias cada año. A esto se debe sumar la absurda y necia desaparición del seguro popular y del Fondo de Protección contra gastos catastróficos, sin estudio alguno, solo con prejuicios ideológicos y oscurantistas.

Vamos a los recursos, donde conviene ser precisos porque la versión más difundida es imprecisa. No nos faltan médicos en la proporción que suele suponerse: registramos 2.7 por cada mil habitantes frente a 3.9 del promedio, pero en el mismo nivel que los Estados Unidos, Canadá, Japón y Corea. Donde sí tenemos un déficit severo es en enfermería: 3.0 profesionales por cada mil habitantes frente a 9.2, un tercio del promedio, con una razón de enfermeras por médico de 1.1 contra 2.5. Un sistema con muchos médicos y poca enfermería tiene un costo de operación y un perfil de atención radicalmente distintos a los de un sistema con la proporción inversa. Y hay un hallazgo que quiero subrayar ante este auditorio, donde hay algunos colegas de enfermería: en el análisis comparado, la densidad de personal de enfermería predice la mortalidad evitable mejor que la densidad de médicos. Si tuviéramos que elegir un solo punto de intervención con el mayor retorno esperado, la evidencia señala a la enfermería.

En infraestructura la situación es igualmente grave: 1.0 cama hospitalaria por cada mil habitantes frente a 4.2 de promedio, México tiene la menor dotación de la Organización. Y en tamizaje con mastografía alcanzamos 20 por ciento de las mujeres de cincuenta a sesenta y nueve años, contra 56 del promedio: la segunda peor cifra. No es casual que detectemos tarde.

Cierro este apartado con tres lecturas.

**Primera.** El rezago no se explica solamente por la falta de recursos. Gastamos poco, es cierto, pero el modelo que relaciona gasto y resultados predice, para nuestro nivel de gasto, una mortalidad evitable de 356; registramos 418. Son 62 muertes por cada cien mil habitantes que no se explican por el dinero del que no disponemos, sino por cómo usamos el que sí tenemos.

**Segunda.** No es el modelo de financiamiento lo que separa a los países exitosos de los demás: en los primeros lugares conviven esquemas de inspiración Beveridge y de inspiración Bismarck. Lo que los separa es qué proporción del gasto queda fuera del esquema colectivo. No se trata de escoger un modelo: se trata de completarlo.

**Tercera**, y la más dura. Entre 2013 y 2023 la mortalidad evitable bajó 22 por ciento en Suiza y Corea, mientras subía 54 en Colombia, 36 en Brasil y 13 en México. No solo no hemos avanzado al ritmo de otros: hemos retrocedido. Es verdad que hace ocho años no estábamos bien; pero hoy estamos peor y los datos así lo demuestran.

## IV. La construcción institucional y la huella del modelo Bismarck

¿Cómo llegamos aquí? Antes de responder quiero decir algo que el diagnóstico anterior podría hacer olvidar: México es una nación de instituciones de salud, y buena parte de su grandeza tiene que ver con ellas. El Hospital de Jesús tiene más de quinientos años de existencia; el Hospital Civil de Guadalajara, más de doscientos treinta; el Consejo de Salubridad General, ciento ochenta y cinco; esta Academia, ciento sesenta y dos; el Instituto Mexicano del Seguro Social y los Institutos Nacionales de Salud, ochenta y tres. Y tenemos políticas públicas que habían sido sostenidas por cuatro décadas que fueron obstaculizadas por el gobierno de Andrés Manuel López Obrador: la vacunación, la planificación familiar, la hidratación oral. Ese patrimonio existe, es nuestro y es el punto de partida.

Para entender la arquitectura hay que volver a 1943. Aquel año fue fundacional. Con unos cuantos meses

de diferencia se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, se constituyó la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se estableció el Hospital Infantil de México, el primero de los grandes institutos nacionales.[10] En esa arquitectura se reconoce la impronta del modelo bismarckiano: un esquema de seguros sociales financiado con cotizaciones sobre la nómina y ligado al empleo formal. El diseño se amplió con los años: en 1959 se promulgó la ley que dio origen al ISSSTE, y a él se sumaron los servicios médicos de las Fuerzas Armadas y de Petróleos Mexicanos, entre otros.[11] Junto a la seguridad social contributiva, la entonces Secretaría atendía por la vía asistencial a quienes carecían de empleo formal.

Nació así un sistema robusto en instituciones, pero segmentado desde su origen. Conviene decirlo con todas sus letras: la segmentación no es una desviación de nuestro sistema, es su diseño. Esa arquitectura dejó siempre pendiente la cobertura plena de la población sin empleo formal; se ensayaron respuestas parciales, pero ninguna resolvió de fondo la desigualdad entre quienes contaban con seguridad social y quienes dependían de la asistencia. El mejor acercamiento a una solución fue el planteado por el doctor Julio Frenk con el Seguro Popular.

Los dos grandes modelos con que se han organizado durante casi un siglo y medio los sistemas occidentales son conocidos: el Bismarck, financiado con cotizaciones ligadas al trabajo, y el Beveridge, financiado con impuestos generales, que brinda cobertura universal por residencia. Ningún país construye su sistema desde cero y todos son, en realidad, híbridos.[12]

México optó por la ruta del seguro social. Esa decisión, virtuosa por lo que edificó, ha dejado como herencia, ocho décadas después, la exclusión de quienes trabajan en la informalidad, casi el 55 por ciento de la población económicamente activa. Ahí está el nudo: un sistema anclado en el empleo formal, en un país donde más de la mitad del empleo no lo es, está condenado por construcción a dejar fuera a millones[13].

La transformación estructural más importante de las últimas décadas ocurrió bajo la conducción del doctor Guillermo Soberón Acevedo. Impulsó la incorporación del derecho a la protección de la salud al artículo cuarto de la Constitución, reforma publicada en 1983, y de ese mandato derivó la Ley General de Salud, que organizó el Sistema Nacional de Salud, estableció la rectoría de la Secretaría y sentó las bases de la descentralización[14,15]. Su significado es difícil de exagerar: elevó la salud a la categoría de derecho y dotó al país de un marco que en lo esencial sigue vigente. Pero han pasado más de cuarenta años y ese mismo marco requiere hoy un cambio sustancial. Casi nueve lustros sin otra gran transformación: esa es la medida de nuestra deuda.

## V. Logros incompletos y rezagos persistentes

Desafortunadamente, la salud ha sufrido retrocesos fundamentales en los últimos ocho años. La descentralización se revirtió de manera incompleta: ocho entidades no se han incorporado al esquema centralizado más reciente, de modo que más de 32 millones de habitantes viven condiciones distintas de acceso y de organización. La heterogeneidad entre entidades es hoy uno de los rasgos que más lastiman la equidad.

A ello se sumó un conjunto de cambios regresivos. El Seguro Popular, creado en 2003 para reducir el gasto de bolsillo y proteger a la población sin seguridad social, fue sustituido en 2020 por el Instituto de Salud para el Bienestar y, poco después, a causa de su fracaso, por el IMSS-Bienestar. Más allá del acierto o el desacierto de cada modelo, la sucesión de cambios en tan pocos años generó incertidumbre, discontinuidad y costos de transición que la población resintió[16].

Los números documentan el daño con una claridad que no admite discusión. La carencia por acceso a los

servicios de salud pasó de 20.1 millones de personas en 2018 a 44.5 millones en 2024: veinticuatro millones y medio de mexicanos más sin acceso, en seis años. La proporción de población afiliada a alguna institución descendió a 62.1 por ciento en 2023[17]

¿A dónde se fue esa gente? A la práctica privada. Entre 2018 y 2023, la población que resolvió sus necesidades en la Secretaría de Salud bajó de 39.0 a 26.8 millones, mientras la que acudió a servicios privados subió de 22.8 a 32.4 millones y la que acudió a consultorios adyacentes a farmacias pasó de 18.3 a 27.0 millones.[18] Y entre 2018 y 2024 el gasto de las familias en salud creció cerca de 41 por ciento.

La población no dejó de enfermarse: dejó de usar los servicios públicos. Se fue a donde la atendieran y pagó por ello. La realidad se impone, y el consultorio adyacente a la farmacia, nos guste o no, debe ser tomado en cuenta en cualquier diseño futuro.

Pero reconocer esa realidad no equivale a aceptarla como destino. Quiero decirlo con toda claridad: la salud nunca debe equipararse a una mercancía. Las personas no son clientes y los trabajadores de la salud no son proveedores. La atención a la salud no es un negocio, ni una industria, ni un nicho de mercado. Que millones de mexicanos hayan tenido que comprar en el mostrador lo que el Estado debía garantizarles no es una solución de mercado: es la medida de una falla pública.

## VI. La urgencia de construir un nuevo Servicio Nacional de Salud

Por lo anterior soy uno de los muchos que sostienen que México necesita, con urgencia, diseñar y poner en práctica un verdadero Servicio Nacional de Salud: un servicio de carácter público, complementado con la debida participación del sector privado, de cobertura universal y calidad homogénea, descentralizado, con participación de los usuarios y los trabajadores y con mecanismos de evaluación y rendición de cuentas. Permítanme plantearlo por capítulos, contrastando lo que hoy tenemos con lo que debemos alcanzar.

**Cobertura y prestaciones.** Hoy la cobertura es parcial, con duplicaciones y carencias simultáneas, y los prestadores públicos, privados y sociales están inconexos y sin reconocimiento mutuo. Debemos llegar a una cobertura universal y homogénea, con reconocimiento y coordinación del continuo público-privado, como con acierto lo ha señalado Héctor Valle. No se trata de negar la realidad del sector privado y menos de excluirlo, se trata de ordenarlo y regularlo, con normas claras y calidad garantizada.

**Rectoría, gestión y regulación.** Hoy la rectoría existe sobre todo en la teoría; la gestión es centralizada y depende en exceso de la condición laboral; la regulación es desordenada e incompleta. Necesitamos una autoridad sanitaria bien definida que coordine a las instituciones, evite duplicidades, planee con base en necesidades y datos y rinda cuentas; una descentralización bajo la condición de un nuevo federalismo; y un marco normativo renovado, desde la Constitución hasta los ordenamientos secundarios.

**Financiamiento y recursos.** Hoy el financiamiento es mixto e insuficiente, con una distribución inequitativa, inercial y rígida. La meta debe ser llegar, en diez años, a seis puntos del producto interno bruto de gasto público en salud el doble de lo que hoy destinamos, con una distribución equitativa, sistemática y flexible, orientada de manera explícita a reducir el gasto de bolsillo, donde se concentra una de nuestras mayores injusticias.

**Modelo y organización de la atención.** Hoy predomina el énfasis curativo, con servicios desarticulados y de libre demanda. Debemos alcanzar un equilibrio con la prevención, una atención organizada por niveles, centrada en el paciente, con referencia y contrarreferencia efectivas y con énfasis decidido en el primer nivel y en la medicina familiar.

**Calidad y resultados.** Hoy la calidad es heterogénea y los resultados son ineficientes y están estancados. Debemos conseguir calidad alta y homogénea, con indicadores, evaluación y satisfacción del paciente. La calidad no puede depender del código postal ni de la institución a la que está afiliada la persona.

**Participación, transparencia, información y tecnología.** Hoy la participación es escasa, la opacidad es la regla y los sistemas de información son parciales y sin interconexión. Debemos llegar a la participación de pacientes y trabajadores, a una rendición de cuentas integral y a sistemas interconectados y de calidad. La salud digital y la inteligencia artificial deben incorporarse de manera responsable, con cimientos sólidos de humanismo y bioética, para cerrar brechas y no para ampliarlas.

A ello hay que añadir tres tareas que no admiten postergación: garantizar el abasto de medicamentos e insumos; modernizar a la COFEPRIS eliminando cualquier posibilidad de corrupción; y asegurar el trato digno, tanto al paciente y su familia como a los profesionales de la salud. Y como la salud se produce en buena medida fuera de los servicios médicos, el nuevo sistema debe actuar sobre los determinantes sociales: educación, ingreso, vivienda, alimentación, ambiente, servicios sanitarios básicos (agua, drenaje y basura), trabajo y seguridad. La salud debe estar presente en todas las políticas públicas.

Junto a esa arquitectura, hay grandes problemas que reclaman programas propios: las enfermedades no transmisibles; los accidentes y las muertes violentas; la salud de niñas, niños y adolescentes; la salud de la mujer; la salud mental y las adicciones; la del adulto mayor; y, en el plano poblacional, la vigilancia epidemiológica y la preparación frente a enfermedades emergentes, el control sanitario, la formación de recursos humanos y el impulso a la investigación.

## VII. El primer nivel de atención: la base del servicio

Ninguna reforma prosperará si no acierta en el modelo de atención, que debe definir dónde y cómo entra la persona al sistema y cómo transita por él. En ese modelo, el primer nivel es la pieza decisiva.

El nivel ambulatorio, integrado por centros de salud y unidades de medicina familiar o general, debe ser la base del modelo y paradójicamente es el más olvidado. Bien organizado, atiende y resuelve entre el 80 y el 85 por ciento de los problemas de salud. En él se educa para la salud, se detectan riesgos, se previenen enfermedades, se hace diagnóstico oportuno, se inicia el tratamiento de los padecimientos frecuentes y se coordina la atención de los especialistas.

El perfil de la demanda lo confirma. En 2025, los registros de morbilidad sumaron 34.6 millones de casos, y doce causas concentraron el 90 por ciento: encabezadas por las infecciones respiratorias agudas, las intestinales y las de vías urinarias[19]. Son, en su enorme mayoría, padecimientos que pueden y deben resolverse en el primer nivel. Hay además una razón de geografía que solemos olvidar: según el Censo de 2020 existen 185 mil localidades rurales, de las cuales 169 mil tienen menos de 500 habitantes. Ninguna cobertura universal será real si no resuelve cómo llegar a la población rural dispersa.

El eje de ese primer nivel debe ser la medicina familiar, que brinda atención continua e integral a personas y familias de todas las edades y coordina la que deban ofrecer otros especialistas. México tiene en ella una fortaleza notable: más de medio siglo de la especialidad, más de cincuenta mil especialistas formados y más de treinta y cinco años de certificación. Persisten debilidades que corregir: la brecha entre la teoría y la práctica, la casi nula presencia de la medicina familiar en el sector privado y su escaso trabajo hospitalario y obstétrico.

Junto a ella debemos impulsar la partería profesional. La mujer es la mejor aliada de la salud: ella y sus hijos concentran cerca de tres cuartas partes de las necesidades de atención de una familia. Con alrededor de 34 millones de mujeres en edad reproductiva y cerca de 1.9 millones de nacimientos al año, el campo es enorme, y ahí tenemos un problema serio: en 2023

el 51 por ciento de los nacimientos se resolvió por cesárea, cuando en 1991 la cifra era de 27, y muy por encima del 10 a 15 por ciento que recomienda la Organización Mundial de la Salud[20]. A ello se suman una razón de muerte materna todavía elevada y una de las mayores tasas de embarazo adolescente de la región, además del embarazo infantil, el de niñas de diez a catorce años, que es una verdadera vergüenza que debemos erradicar. La partería profesional es una estrategia costo-efectiva y de calidad probada, y su binomio con el médico familiar es una fórmula virtuosa que conviene explorar sin más demora.

Propongo otra modificación: la organización de un nuevo nivel de atención: el comunitario, dedicado al fomento, la educación y la prevención, anclado en la escuela, el hogar, el sitio de trabajo y la comunidad. No es un lujo: es la única manera de actuar antes de que la enfermedad llegue al consultorio. Un primer nivel así es a la vez la mejor medicina y la más eficiente: acerca los servicios a la gente, previene, resuelve la mayor parte de los problemas y reserva el hospital para lo que verdaderamente se requiere.

## VIII. El papel de la Academia Nacional de Medicina

Llego al segundo destinatario de esta conferencia, y lo hago consciente de que me dirijo a la corporación que me ha honrado con su membresía. Diecisiete fueron los socios fundadores de esta Academia en 1864. Hoy superamos los seiscientos veinte, y a lo largo de su historia han pertenecido a ella mil ochocientos setenta académicos. Esta es la casa de muchos de los mejores: la de Jiménez, Barreda, Liceaga, Chávez, Baz, Zubirán, Martínez Báez, Soberón, Laguna, Sepúlveda, De la Fuente o Rivero; la de Rosario Barroso, Julieta Calderón y Soledad Córdova. Ciento sesenta y dos años de trabajo ininterrumpido y la condición de órgano consultor del Gobierno Federal no son adornos protocolarios: son responsabilidades[21].

Y son responsabilidades que hoy nos interpelan de manera particular, porque vivimos tiempos difíciles. Nunca el ser humano había sabido tanto, pero nunca tantos estuvieron tan lejos de sus beneficios y tan cerca de las consecuencias del mal uso del conocimiento. Pocas veces se dependió tanto de la política y casi nunca faltaron tantos políticos capaces como ahora.

Sostengo que, ante ese panorama, la Academia tiene cinco tareas:

**La primera, decir la verdad.** En los asuntos públicos, el manejo de la verdad es imprescindible. Engañar desde el poder a la población es inadmisible y con frecuencia tiene consecuencias negativas; en salud, eso cuesta vidas, como lo vimos en el caso de la pandemia. La Academia no gobierna ni administra servicios: su fuerza es su autoridad intelectual y moral, y esa autoridad se sostiene únicamente en la calidad de sus análisis y en su independencia.

**La segunda, no callar.** El silencio es contrario a la medicina, al médico y al acto médico; en los tres casos la palabra y la comunicación son fundamentales. Nunca más nuestros gremios deben permanecer mayoritariamente callados frente a la afectación de la salud de la población y de las instituciones. Es imposible olvidar las consecuencias de los errores, las omisiones, la desatención y la soberbia: cientos de miles de muertes en exceso, la pérdida de más de cuatro años de esperanza de vida, el desabasto más importante de los últimos cincuenta años, la caída de los niveles de vacunación. Hay que decirlo porque es cierto y también para no olvidarlo, para reclamarlo y para evitar que se repita. Hace poco señale y hoy lo reitero que los universitarios estamos para pensar, decir y actuar, nunca para administrar el silencio.

**La tercera, proponer y no solo señalar.** La crítica sin propuesta es estéril. El simposio “El sistema de salud que México requiere”, convocado por nuestro presidente el 11 de marzo de este año, y los materiales que de él derivaron, son ejemplo de lo que la Academia puede y debe hacer: reunir a los que saben, discutir en serio y dejar constancia escrita[22]. Y puede

ser, además, el espacio de encuentro que al país le falta, convocando a quienes no se convocan entre sí: a las instituciones públicas y a los prestadores privados, a las universidades y a los colegios de profesionistas, a la medicina y a las demás profesiones de la salud.

**La cuarta, velar por la formación y por el ejercicio profesional.** Debe pronunciarse sobre la calidad de la educación médica, sobre la proliferación de escuelas sin condiciones para formar, sobre la certificación y la recertificación y sobre las condiciones en que trabajan nuestros colegas, con la misma exigencia hacia adentro que hacia afuera.

**La quinta, mantener en alto los principios del humanismo y la ética.** El saber y la ética son fundamentos de la medicina y de muchas otras áreas de la vida colectiva. En un momento en que la salud digital y la inteligencia artificial entran a la clínica a una velocidad que hace un lustro no hubiéramos anticipado, la Academia debe asegurar que esa incorporación se haga con cimientos firmes de humanismo y bioética. La tecnología ampliará nuestras capacidades; no debe sustituir el juicio clínico ni erosionar la relación entre el médico y el paciente.

En medio de todas las turbulencias, en el país y en nuestro gremio, tenemos que procurar la unidad, el respeto a la pluralidad, la tolerancia y la razón.

## IX. La sociedad y la educación para la salud

Llego al tercer desafío, y quizá el más difícil, porque no depende solo de nosotros. Si tres de cada cuatro adultos viven con sobrepeso u obesidad, si cuatro de cada diez tienen ya un problema con la diabetes, si uno de cada cinco bebió en exceso el mes pasado, entonces ninguna reforma del sistema, por ambiciosa que sea, alcanzará los niveles de salud que deseamos[23]. Podemos duplicar el gasto, construir hospitales y formar enfermeras y debemos hacer las tres cosas, pero si la sociedad sigue enfermando al ritmo actual, el sistema seguirá corriendo detrás del problema.

La salud es educación, productividad, empleo, ingreso, bienestar y desarrollo, individual y colectivo. Es un asunto de todos y no solo de la autoridad. Empieza en casa y depende, en parte, de lo que comemos, bebemos, hacemos y dejamos de hacer. Tiene dos dimensiones, la individual y la colectiva. Y tiene que ver más con la educación y la prevención que con la atención médica.

De ahí la necesidad de la educación para la salud, entendida no como una campaña ocasional sino como una política pública sostenida con un programa de acción. La Organización Mundial de la Salud la define como la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos para influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades; la Organización Panamericana agrega una dimensión esencial: es un proceso de aprendizaje no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía y la construcción colectiva de la salud.

Dos preguntas exigen respuesta urgente: ¿a quiénes debemos educar? y ¿quiénes serán los educadores? La primera es sencilla de enunciar y difícil de ejecutar: a todos, a lo largo del curso de la vida, empezando por los primeros mil días y por la escuela, donde se forman los hábitos que después nos acompañan. La segunda es más incómoda, porque supone admitir que no basta con el personal existente y que necesitamos personal distinto, formado para esa tarea.

Tenemos ejemplos que autorizan el optimismo: la vacunación ha salvado 154 millones de vidas en el mundo en los últimos cincuenta años[24]; la rehidratación oral transformó la mortalidad por enfermedades diarreicas; la planificación familiar modificó la demografía del país. Y los nuevos acercamientos están a nuestro alcance: la educación masiva, abierta y a distancia; la escuela, el trabajo y la comunidad como espacios educativos; los dispositivos

electrónicos que hoy están en el bolsillo de casi todos los mexicanos; la inteligencia artificial bien empleada.

Quiero ser claro en un punto, para evitar un malentendido frecuente. Hablar de responsabilidad individual no significa culpar al enfermo. La pobreza y la ignorancia son dos de los grandes enemigos de la salud, y nadie elige el entorno en el que nace ni la oferta alimentaria de su colonia. Por eso la educación para la salud debe ir acompañada de regulación, de política fiscal, de entornos urbanos que favorezcan la actividad física y de un combate decidido a la desigualdad. La responsabilidad es compartida y el Estado tiene la parte mayor.

## X. Las profesiones de la salud, más allá de la medicina

Termino con el desafío que este Congreso, por su propio nombre, reconoce. Que este sea un congreso de actualidades en medicina, enfermería y ciencia y tecnología no es un detalle del programa: es una declaración. La salud dejó hace mucho de ser un asunto exclusivamente médico, y nuestra organización de los servicios y de la formación no ha terminado de asumirlo.

Ya expuse el dato central: 3.0 profesionales de enfermería por cada mil habitantes frente a 9.2 del promedio internacional, y una razón de 1.1 enfermeras por médico contra 2.5. Corregir ese desequilibrio exige ampliar sustancialmente la formación de personal de enfermería, mejorar sus condiciones laborales y salariales, abrir con seriedad el debate sobre la ampliación de su ámbito de práctica y reconocer el papel de sus especialidades. No es una concesión gremial: es la intervención con mayor retorno esperado de todas las que la evidencia comparada permite identificar.

Pero el asunto va más allá de la enfermería. Debemos revisar a fondo la formación de recursos humanos para la salud, renovar y homologar los programas y acercar la formación a las instituciones. Nuevas profesiones —las ciencias de la nutrición, la educación en salud, la partería profesional— deben incorporarse de manera plena; y las que ya existen —la psicología, la odontología, la fisioterapia, el trabajo social, la química clínica— deben integrarse al equipo con funciones claras y reconocidas. Eso no es una utopía: existe ya, en escala pequeña, en distintos lugares del país. Lo que falta es decidir que sea la norma y no la excepción.

Una palabra final sobre quienes hacen posible el sistema. Un nuevo Servicio Nacional de Salud debe ofrecer garantías, condiciones y respeto a los profesionales y trabajadores de la salud. No hay calidad de la atención sin dignidad en el trabajo. Un sistema que maltrata a quienes lo sostienen terminará maltratando a quienes atiende.

## XI. Reflexiones finales

Permítanme cerrar con cuatro convicciones.

**La primera.** Hoy no todo está mal, ni todo estaba bien hace algunos años; pero eso sí, es posible mejorar sustancialmente. Debemos partir del conocimiento y hacer a un lado los prejuicios políticos e ideológicos, las filias y las fobias que impiden el progreso.

**La segunda.** Se requiere actuar en unidad, pensar en grande y en el largo plazo. Un Servicio Nacional de Salud no se construye en un sexenio: se construye como política de Estado, con acuerdos que sobrevivan a los cambios de gobierno y con la renovación integral del marco normativo, desde la Constitución hasta los ordenamientos secundarios.

**La tercera.** Debemos contar con una visión de futuro; consolidar lo que tenemos y aprovechar lo avanzado; corregir y hacer a un lado lo que no funciona; y combatir las prácticas indeseables —el trato inadecuado, el exceso burocrático y la corrupción, ese cáncer social que tanto daña— que también se hacen presentes en el sector y deben erradicarse de raíz.

**La cuarta.** La salud es asunto de justicia social y una de las políticas públicas más significativas para el país; representa, también, una de las deudas históricas con quienes más lo requieren. Si de verdad nos comprometemos con la igualdad y la reducción de la pobreza, es imperativo avanzar en la salud de nuestra población y en la construcción de un verdadero Servicio Nacional de Salud.

Sé que lo planteado es exigente. También sé que casi todo lo que propongo existe ya entre nosotros, en alguna institución, en algún estado, en algún programa. La tarea no es inventar: es generalizar, homologar, sostener, evaluar, ajustar y actualizar.

Hace cincuenta y nueve años, siendo estudiante, escuché por primera vez que México necesitaba otro sistema de salud. No quisiera que dentro de cincuenta y nueve años alguien tuviera que repetir esta conferencia. De nosotros depende que no sea así. Más salud para todos y mejores servicios debe ser la consigna.

## Referencias


1. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México. México: CONAPO. Disponible en: https://www.gob.mx/conapo
2. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2020-2070. México: CONAPO; 2023. Disponible en: https://www.gob.mx/conapo/documentos/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-a-2070
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2024. Comunicado de prensa 142/25. México: INEGI; 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024-def_CP.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de mortalidad: principales causas de muerte y su evolución. México: INEGI. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/
5. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados nacionales. Cuernavaca: INSP; 2024. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/doctos/informes/ensanut_23_112024.pdf
6. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS), México 2023. Hoja de comparación 2009, 2015 y 2023. Cuernavaca: INSP; 2023. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2023/docs/mex_GATS2023_hojacomparacion.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores básicos de salud: portal de datos de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: https://www.paho.org/es/datos
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. París: OECD Publishing; 2025. doi: 10.1787/8f9e3f98-en. Disponible en: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en
9. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Health at a Glance 2025. Nota país: México. París: OECD Publishing; 2025. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/mexico_f3342ed6-en.html
10 Gómez-Dantés O, Frenk J. Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. Salud Pública Méx. 2019;61(2):202-211. doi: 10.21149/10122
11. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Ley del ISSSTE. Diario Oficial de la Federación; 30 de diciembre de 1959 (en vigor el 1 de enero de 1960). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/
12. Saltman RB, Busse R, Figueras J, editores. Social Health Insurance Systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead: Open University Press; 2004. Disponible en: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/social-health-insurance-systems-in-western-europe
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE): indicadores de informalidad laboral, 2024. México: INEGI; 2024. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/
14. Decreto por el que se adiciona el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (derecho a la protección de la salud). Diario Oficial de la Federación; 3 de febrero de 1983. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/
15. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación; 7 de febrero de 1984 (en vigor el 1 de julio de 1984). Texto vigente disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm
16. Santacruz Varela J y colaboradores. Análisis de los cambios en el sistema público de salud realizados entre 2019 y 2024 para atender a la población sin seguridad social de México. Gaceta Médica de México. 2024;160(6):628-635. doi: 10.24875/GMM.M25000959
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Medición multidimensional de la pobreza 2024: carencia por acceso a los servicios de salud. Comunicado de prensa 118/25. México: INEGI; 13 de agosto de 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/pm/pm2025_08.pdf

18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023. Comunicado de prensa 305/24. México: INEGI; 22 de mayo de 2024. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf
19. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 2024 (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, SUIVE). México: SSA; 2024. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: OMS; 2015. WHO/RHR/15.02. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02
21. Narro Robles J. La Academia Nacional de Medicina en tiempos difíciles de México y el mundo. Intervención en representación de los académicos honorarios. México: ANMM; 2025.
22. Academia Nacional de Medicina de México. El sistema de salud que México requiere. Simposio del 11 de marzo de 2026 y libro derivado. México: ANMM; 2026.
23. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, series 2016, 2018 y 2023: sobrepeso, obesidad, hipertensión, actividad física, tabaco, alcohol y sintomatología depresiva. Cuernavaca: INSP. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global immunization efforts have saved at least 154 million lives over the past 50 years. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: https://www.who.int/news/item/24-04-2024-global-immunization-efforts-have-saved-at-least-154-million-lives-over-the-past-50-years