



PUBLICACIONES DE LA  
ACADEMIA NACIONAL DE  
MEDICINA DE MÉXICO

SIMPOSIO  
LA DEMOGRAFÍA Y  
LA SALUD EN MÉXICO  
EN EL CURSO DE VIDA.

Coordinador:  
Dr. Rafael Lozano Ascencio

JUNIO 18, 2025

## Introducción

Dr. Rafael Lozano Ascencio

- *Profesor Titular del Dpto. de Salud Pública, Fac. Medicina, UNAM*
- *Profesor Emérito, Dpto. de Ciencias de la Medición en Salud, Univ. Washington*



Desde su fundación en 1864, la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) se propuso construir un puente entre el conocimiento clínico individual y una comprensión más amplia de la salud como fenómeno colectivo. Lejos de circunscribirse al ámbito hospitalario o a la formación profesional, la ANMM buscó desde sus primeros años incorporar una mirada poblacional, ambiental y social. En esa línea, incluyó entre sus secciones fundacionales las de Higiene y Estadística Médica, conscientes de que el estudio de las enfermedades no podía desligarse de las condiciones de vida de la población ni de los métodos cuantitativos para comprender su distribución y evolución.

La sección de Higiene se dedicaba al análisis de factores como el agua potable, el saneamiento, la vivienda, la organización urbana y la educación sanitaria, elementos todos reconocidos como determinantes fundamentales de la salud en el siglo XIX. Por su parte, la sección de Estadística Médica sentó las bases de una medicina basada en datos, encargándose de sistematizar la recolección y análisis de información sobre nacimientos, defunciones y enfermedades prevalentes. Estas dos vertientes —la una más centrada en la prevención y el entorno, la otra en la cuantificación del daño— expresaban ya un esfuerzo por ir más allá del enfoque estrictamente terapéutico y pensar la salud en términos estructurales.

Este impulso se consolidó en 1900, cuando, bajo la presidencia del Dr. José Terrés, se decidió fusionar ambas secciones en una sola: la Sección de Higiene y Demografía. Esta nueva sección encarnaba una concepción aplicada de la demografía, entendida no como simple contabilidad poblacional, sino como herramienta orientada a la prevención de

enfermedades mediante la identificación de riesgos colectivos y la planeación sanitaria. La medicina mexicana reconocía así que no basta con curar individuos; hay que intervenir sobre las condiciones que enferman a las poblaciones.

Durante la segunda mitad del siglo XX, entre 1950 y 1980, la demografía médica en México vivió un proceso de consolidación técnica y científica. Se fortaleció como campo propio, con metodologías especializadas, sistemas de información más robustos y un diálogo creciente con disciplinas afines como la epidemiología, la medicina social y la salud pública. En este contexto, la estadística médica tradicional fue en gran medida absorbida por una demografía que no solo contaba, sino que explicaba. Esta transición permitió articular el análisis cuantitativo con la toma de decisiones estratégicas en políticas de salud, identificando prioridades, asignando recursos y evaluando intervenciones.

En el siglo XXI, la ANMM mantiene viva esta tradición a través de la Sección de Demografía y Salud, heredera directa de más de un siglo de evolución conceptual e institucional. Esta sección ha ampliado su campo de acción más allá de la descripción de tendencias poblacionales: hoy integra modelos analíticos complejos, estudios de carga de enfermedad, análisis del envejecimiento, salud materna e infantil, fecundidad, migración, transiciones demográficas y epidemiológicas, y un enfoque transversal sobre determinantes sociales de la salud. La demografía médica se ha convertido así en una lente crítica para observar las desigualdades estructurales, los rezagos históricos y los nuevos desafíos que enfrentan los sistemas de salud.

La trayectoria de esta sección refleja también una transformación más amplia: el paso de una medicina normativa, centrada en estándares biológicos y prescripciones individuales, hacia una medicina estructural y crítica, que reconoce la salud como un bien público, un fenómeno social y un problema político. En este giro, la demografía ya no es una herramienta auxiliar para contextualizar cifras,

sino una disciplina estratégica para entender la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención en la sociedad contemporánea.

Porque al hablar de demografía, hablamos del denominador: de la población que da sentido y escala a los fenómenos de salud. Es en el denominador donde se gestan los procesos vitales —los nacimientos, las migraciones, las muertes— y donde se inscriben los determinantes sociales. El numerador —los casos, las hospitalizaciones, las defunciones— cobra significado solo si entendemos quiénes son, cuántos son y de dónde provienen. Para las y los médicos, descuidar el denominador es ceder terreno al daño: mientras menos atención se presta a las condiciones de vida, más personas enfermarán. Aunque haya excelentes clínicos, siempre será más recomendable mantenerse en el denominador: es decir, en esa parte de la población que, gracias a la prevención, las políticas públicas y la equidad social, no llega a enfermar. La demografía, entonces, no solo cuenta personas: ayuda a que cuenten.

El día de hoy traemos a la mesa el tema de la **Demografía y la Salud en el curso de vida**. Este aspecto es importante pues durante el simposio trataremos de hacer el recorrido desde antes de la cuna hasta la tumba, pero considerado el contexto donde esto sucede.

El simposio empieza con la presentación del Dr

Manuel Urbina, a quien muchos de Uds. conocen por su larga trayectoria académica y profesional. él nos hablará de lo que antes hacían los higienistas: del contexto en el cual se desarrolla la población pero actualizado al primer cuarto del siglo XXI. Nadie mejor que él para hablar de este tema.

A continuación la Dra Maria de la Cruz Muradas, Directora General Adjunta de Investigación del INEGI nos hablará, de uno de los retos de la modernidad: la caída de los nacimientos, sus razones, sus implicaciones sociales económicas y en salud.

Posteriormente, la Dra Marcela Agudelo, investigadora y profesora de tiempo completo de la UNAM. Actualmente es la directora del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de la Facultad de Medicina, nos hablará del llamado “bono demográfico” y como este se ha aprovechado o desaprovechado en nuestro país. Este dividiendo social es la base de la economía, y por lo mismo debe mantenerse sano.

Finalmente, un servidor tocará el tema del envejecimiento como categoría demográfica y de la longevidad saludable como concepto individual.

Con todo respeto a los miembros de la mesa directiva, a nuestros ponentes y a los asistentes presenciales y virtuales, considero que no hay mejor ocasión para celebrar el 125 aniversario de la sección de demografía que este simposio.

## El contexto social de los Determinantes Sociales, comerciales y ambientales

Dr. Manuel Urbina Fuentes

- *Coordinador del Comité permanente para el estudio de los determinantes sociales en México de la ANMM*



**Introducción.-** En el entorno actual de la demografía y la globalización, el impacto que se tiene al no abordar e intervenir en los determinantes sociales, comerciales, medioambientales de la salud, causantes de las inequidades y desigualdades, limita el propósito de las políticas públicas de salud, educación, trabajo, vivienda, alimentación y el cambio climático, que pretenden resolver los principales desafíos que se enfrentan entre y dentro de los países ricos y pobres, a nivel nacional, estatal, municipal y local. En este entorno, el enfoque de curso de vida investiga cómo los eventos históricos de los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y los agregados poblacionales –cohortes o generaciones– y la importancia de las políticas públicas. La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social, indica la ausencia de diferencias, que son evitables, injustas o remediables entre personas, familias y comunidades por su estratificación social y circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas<sup>1</sup>. En México durante la gestión de los últimos cuatro sexenios de gobierno, los desafíos y consecuencias por la no intervención en los determinantes sociales de la salud (DSS) son evidentes por su omisión en los programas de las políticas sociales. Ahora, se tiene una oportunidad para hacerlo en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2025-2030 y la Academia Nacional de Medicina puede proponerlos al responsable de la Rectoría y Gestión de la salud de esta administración.

**El crecimiento poblacional y las políticas públicas.-** Entre 1950 y el 2025 la población mundial pasó de 2,500 a más de 8 mil millones<sup>2</sup> y el 82% ha sido en países en desarrollo y el 18% en países desarrollados. Se estima que llegue a más de 10 mil millones en el 2050. Adicionalmente, de los 810 millones de mayores de 65 años serán más de 2 mil millones en ese año.

En el 2005 se crea la Comisión sobre DSS de la OMS para responder a los problemas de las desigualdades e inequidades en salud, su impacto, los efectos de las crisis sociales, económicas y políticas en los sistemas de salud, el análisis y la magnitud e importancia de las políticas públicas a nivel mundial y en cada país para abordar los DSS y en el 2009, en una resolución<sup>3</sup>, enfatizando el compromiso político de los Estados Miembros, se aprobaron las recomendaciones y los tres principios de acción para abordarlas: 1. Mejorar las condiciones de vida; 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y 3. Medir y analizar la magnitud del problema y evaluar los efectos de las intervenciones, para lograr la equidad en salud y la Justicia Social a través de Políticas Públicas coordinadas, con planes y programas de tipo económico, social, ambiental y cultural en particular para la población más vulnerable.

Las clases sociales configuran no solo los resultados de los determinantes estructurales, sino la exposición y vulnerabilidad que las personas experimentan y ponen en riesgo su salud, ya que les sitúa en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos y servicios. Por ello, desde el nacimiento, valorar los logros que disfruta o las injusticias sociales que padece la población permite comprender mejor cómo se perpetúan y transmiten y cómo se pueden mitigar o aliviar a lo largo de las generaciones. Implica también observar no solo sus condiciones de salud sino también los DSS de las inequidades o desigualdades.

<sup>1</sup> World report on social determinants of health equity 2025

<sup>2</sup> <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210014380#overview>

<sup>3</sup> Resolución WHA62.14 (2009)

El diseño y planeación de las políticas públicas y programas, en países ricos y pobres, han sido condicionadas por cinco mega-tendencias con impacto local: 1) la transición demográfica y epidemiológica; 2) la migración voluntaria o forzada e involuntaria; 3) el crecimiento urbano acelerado y desordenado; 4) la recesión económica, el aumento de la pobreza y las desigualdades y la violencia e inseguridad y 5) el cambio climático y la globalización (económica y tecnológica). Estamos en un mundo incierto por la gestión y regulación del agua, la energía y los alimentos, aunados a los Riesgos Globales del 2025<sup>4</sup> como los conflictos geopolíticos y militares; los episodios meteorológicos extremos; la polarización social; la vulnerabilidad del ciberespacio; el colapso de la biodiversidad y los ecosistemas; escasez de los recursos naturales; manipulación informativa y las noticias falsas.

**El contexto de los DSS.** Los DSS son los factores no médicos que influyen en las causas y los resultados de salud por las condiciones en las que nacemos, crecemos, vivimos, educamos, trabajamos, divertimos, envejecemos y morimos (curso de vida)<sup>5</sup>. También influyen en ellas otros determinantes: Ambientales, Comerciales, Políticos y programáticos, Jurídicos, Religiosos y culturales, Emocionales y los de conectividad y ancho de banda.

*Los determinantes ambientales* afectan por el impacto del cambio climático en la salud humana como resultado de climas más extremos, la contaminación del aire y los cambios en la ecología de los vectores; los niveles crecientes del mar de la temperatura mayor de 1.5°C y de los niveles crecientes de CO<sub>2</sub>. *Los determinantes comerciales de la salud* son las acciones del sector privado que impactan negativamente en la salud de las personas, tanto directa como indirectamente.

Existen más de 10 empresas que controlan el mercado mundial de los alimentos y bebidas azucaradas que han afectado la salud por su exceso en calorías, azúcares, grasas saturadas, grasas trans y sodio, cafeína, edulcorantes lo que ha favorecido incrementado en niños, jóvenes y los adultos en donde 7 de cada 10 tienen sobrepeso y obesidad. Asimismo, con el uso de las redes de comunicación que facilitan el acceso a eventos e información en tiempo real y con noticias falsas o de su interés.

**Los grandes desafíos para la equidad en salud en México.**- En salud el éxito de las políticas y programas de vacunación y planificación familiar favoreció la transición demográfica al reducirse las altas tasas de mortalidad y la natalidad, pero sin el desarrollo social y económico y el beneficio del bono demográfico esperado. En el 2024 se estimó una población de 132 millones con 1.8 millones de nacimientos anuales. El 80% de la población vive en zonas urbanas y nuestro mayor desafío es la pobreza: 46.8 millones en pobreza y 9.1 millones en pobreza extrema; 50.4 y 64.7 millones con carencia por acceso a los servicios de salud y seguridad social respectivamente<sup>6</sup>. México se encuentran entre los 10 peores países en materia de prevención de la pobreza, inclusión social y no discriminación y salud<sup>7</sup>.

Somos un país, por el origen socio económico, con baja movilidad social<sup>8</sup>. De los que nacen en los estratos pobres 74 de cada 100 no saldrán nunca de ahí. Además, las posibilidades de quedarse en la pobreza son distintas en cada región: en el sur 86%; en el centro 68%; en el centro norte 62%; en el norte occidente 58% y en el norte 54%.

**El área de oportunidad para la política sectorial de salud.**- La equidad en la salud y el bienestar deben ser un objetivo prioritario para el gobierno y la

<sup>4</sup> [https://reports.weforum.org/docs/WEF\\_Global\\_Risks\\_Report\\_2025.pdf](https://reports.weforum.org/docs/WEF_Global_Risks_Report_2025.pdf)

<sup>5</sup> [PDF] [uady.mx](https://www.uady.mx)

<sup>6</sup> [https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Pobreza\\_Multidimensional\\_2022.pdf](https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Pobreza_Multidimensional_2022.pdf)

<sup>7</sup> [https://aei.pitt.edu/102510/1/SJI\\_2019.pdf](https://aei.pitt.edu/102510/1/SJI_2019.pdf)

<sup>8</sup> [file:///Users/manuelurbina/Downloads/CEEY\\_Informe%20de%20movilidad%20social%20en%20M%C3%A9xico%202025.pdf](file:///Users/manuelurbina/Downloads/CEEY_Informe%20de%20movilidad%20social%20en%20M%C3%A9xico%202025.pdf)

sociedad en general, por lo que es esencial garantizar la coordinación y la coherencia de las medidas sobre los DSS. Un enfoque basado en los DSS no equivale a la puesta en marcha de un “programa”, implica tomar como base para las intervenciones la perspectiva del curso de vida, porque los factores de riesgo en las etapas iniciales y formativas de la vida pueden afectar el bienestar. Las respuestas a ellos necesitan ser en varias etapas y además de lo intersectorial deben ser interinstitucionales e interdisciplinarias y en los tres ámbitos de acción: el sector público, el sector privado y con la sociedad civil, así como en los tres niveles de gobierno, federal, estatal y municipal. Se requiere una visión holística que incorpore los elementos fundamentales aplicados en toda la sociedad a través de políticas públicas y programas con recursos financieros y el monitoreo de indicadores y evaluación de los resultados<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> ANMM <https://www.anmm.org.mx> > pdf > postura >

Se tiene la opción para hacerlo, ya que en el *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030*<sup>10</sup> se señala para el “Eje General 2” “Desarrollo con bienestar y humanismo” el “Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar” a través del “Servicio Nacional de Salud Pública”, para “asegurar un enfoque centrado en la persona, adaptado a las necesidades locales, integrando acciones preventivas y de promoción de la salud con un enfoque territorial. Además, involucra sectores clave como educación, desarrollo social y medio ambiente, lo que permite abordar los determinantes sociales de las enfermedades”.

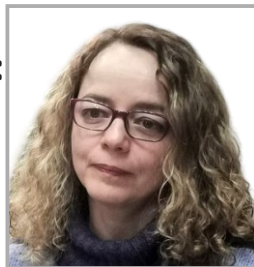
Lo anterior se debe alinear en la propuesta del *Programa Sectorial de Salud 2025-2030*. La Academia Nacional de Medicina puede proponerlos al responsable de la Rectoría y Gestión de la salud de esta administración.

<sup>10</sup> [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/981072/PND\\_2025-2030\\_v250226\\_14.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/981072/PND_2025-2030_v250226_14.pdf)

## Los cambios en la fecundidad en México: alejándonos de la tasa de reemplazo

Dra. María de la Cruz Muradás Troitiño

• *Directora General Adjunta de Investigación del Instituto Nacional de Estadística y Geografía*



### Introducción

Hoy en día en el mundo existe inquietud por la disminución de la tasa global de fecundidad (TGF). El nivel de reemplazo se ha utilizado para decir cuál es el número de hijas(os) que una mujer debería tener para reemplazarse a ella y a su pareja. Algunos países presentan tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (2.1 hijas(os) en promedio, por mujer), lo que ha preocupado a gobiernos y población en general que argumentan que, de continuar esta tendencia, la población desaparecerá. Sin embargo, esto se aleja de la realidad, debido a que este indicador solo considera el tamaño de la descendencia como factor que modifica el tamaño de una población, dejando de lado a la inmigración, emigración y a la mortalidad. Países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suiza tienen tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y continuarán creciendo hasta 2054.<sup>1</sup>

### El nivel de la fecundidad en México y el mundo

En 1964 la tasa global de fecundidad era de 6.7 hijas(os) en promedio por mujer y la población crecía a un ritmo anual de 3.2%<sup>2</sup>. En ese mismo año, el mundo tenía una TGF, en promedio, de 5.1 hijas(os) en promedio por mujer y la tasa de crecimiento total anual promedio era de 2.2%, es

decir, que la población mundial se duplicaría en 32 años, mientras que, al ritmo de nuestro país, esto ocurriría en tan solo 20 años. La situación actual se ha modificado, la tasa de crecimiento del mundo es de 0.8% y la TGF promedio de 2.3 hijas(os) en promedio por mujer, siendo Corea del Sur el país con la tasa más baja con 0.8 hijas(os) por mujer (UN, 2024).<sup>3</sup>

En México, en 2016 la TGF se ubicó en el nivel de reemplazo. El descenso de este indicador ha continuado y en 2021 las mexicanas tuvieron en promedio 1.6 hijas(os) por mujer y una tasa de crecimiento anual cercana a 1%. Solo cuatro entidades federativas estaban en el nivel de reemplazo o superior a este, Michoacán, Guerrero, Zacatecas y Chiapas (2.1, 2.3, 2.3 y 2.4 hijas(os) por mujer, respectivamente). En el otro extremo, la Ciudad de México presentó una TGF cercana a un(a) hijo(a) por mujer (0.96)<sup>4</sup>. De acuerdo con el nivel de escolaridad, la diferencia en el número de hijas(os) en promedio, entre las mujeres con algún grado de primaria (2.4) y las que tienen un nivel de educación de media y superior (1.4) fue de un(a) hijo(a). Esta misma brecha se observó entre las mujeres hablantes de lengua indígena, que tuvieron 2.6 hijas(os) en promedio, en contraste con las no hablantes, con 1.6 hijas(os) en promedio.

### Factores que han contribuido al descenso de la fecundidad

En el descenso de la fecundidad se involucran distintos aspectos. En México, la necesidad de las mujeres de querer limitar o planear su descendencia y ponderar su proyecto de vida, de manera independiente a la formación de una familia, así como la implementación de la política de planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos en la década de los setenta, contribuyeron en gran

<sup>1</sup> UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2025). Estado de la Población Mundial 2025. La verdadera crisis de fecundidad. Nueva York: UNFPA. ISBN: 978921592856UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2025). Disponible en: [swp25-layout-es-v250609-web.pdf](https://www.unfpa.org/publications/2025-world-population-prospects)

<sup>2</sup> Estimaciones de la STCONAPO con base en la Conciliación Demográfica de México 1950-2019.

<sup>3</sup> United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024. Online Edition. Disponible en: [World Population Prospects](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/wpp2024/)

<sup>4</sup> INEGI. Estimaciones con base en la ENADID, 2023. Todos los datos presentados en este trabajo sobre fecundidad, anticoncepción y edad mediana a alguna transición provienen de esta fuente de información. Por lo que, en adelante no se citará más para no interrumpir la lectura. Asimismo, para más detalles sobre las fuentes de información y estimaciones, se invita a la persona lectora a consultar la sesión disponible en: <https://www.anmm.org.mx/sesionescP.php?id=4324&date=2025>

medida a esta reducción. Otros factores fueron cobrando importancia, tales como el mayor nivel de escolaridad de las mujeres que en 50 años, entre 1970 y 2020, se incrementó 6 grados (9.9 años en promedio en 2020) y su participación en el mercado laboral se triplicó (46% en 2020)<sup>5</sup>. Sin embargo, para las mujeres mexicanas sigue siendo muy difícil compatibilizar el trabajo y la maternidad, debido a la persistencia de los roles de género, bajo los cuales la principal carga en los cuidados y crianza recae en ellas.

El acceso a métodos anticonceptivos fue fundamental para este decremento, en 1976 la prevalencia anticonceptiva era de 30.2%, para 2023 se incrementó a más del doble (71.8%). En esta proporción está altamente representado el uso de la oclusión tubaria bilateral (OTB), un método definitivo que sigue siendo el más utilizado por las mujeres mexicanas (44.3%), mientras que el condón, dispositivo e implante subdérmico presentaron proporciones menores (16.4%, 12.9% y 9.3%, respectivamente).

La edad mediana al inicio de la vida sexual (alrededor de los 18 años) y la unión (21 años) son determinantes en el tamaño de la descendencia, si esta empieza a edades jóvenes y sin protección, casi la mitad de las mujeres mexicanas no usan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, es más probable que una mujer tenga un mayor número de hijas(os) a lo largo de su vida reproductiva.

No obstante, el tamaño deseado de la descendencia disminuyó a la mitad entre 1976 y 2023, pasó de 4.6 hijas(os) en promedio, mientras a 2.2. Si en ese último año comparamos el número ideal de hijas(os) con la TGF alcanzada, se puede apreciar que no se cumplieron las expectativas reproductivas de la población mexicana, lo cual nos permite deducir que las condiciones socioeconómicas existentes, así como el pesimismo de la población

joven ante la situación mundial actual (cambio climático, crisis geopolítica, pandemias, entre otras), y sus expectativas de vida, podrían estar limitando la fecundidad deseada.

El aumento en la proporción de personas mayores (12% en 2025 y el doble en 2050) obedece a la mayor supervivencia, debido al acceso a la vacunación, medicina preventiva y acciones de atención primaria de salud. Aunado a esto, con la reducción de la TGF, disminuye el monto de población infantil y, por lo tanto, en el mediano plazo el volumen de personas en edad de trabajar, lo que resultará en menos población potencial económicamente activa que “sostenga” a la que no trabaja o ha dejado de hacerlo por alcanzar la edad al retiro. Esto puede comprometer los sistemas de seguridad social (pensiones) y el ahorro y que la carga de los cuidados aumente entre las familias que serán de un menor tamaño.

### **Reflexiones en torno al descenso de la fecundidad**

La formación y el tamaño de las familias responden a una dinámica compleja en la que intervienen diversos factores que tienen impactos en las decisiones sobre la reproducción, entre ellas: las elecciones, las actitudes, el costo de la educación, la estabilidad social y económica, el trabajo de la crianza y los cuidados, así como los roles de género. Los países nórdicos, reconocidos por sus políticas públicas integrales, no tienen políticas explícitas de fomento a la familia; empero, se concentran en crear las condiciones favorables para que las personas tengan el tamaño deseado de descendencia. Esto ha sido posible gracias a la implementación coordinada de políticas en materia de educación, salud, cuidados y vivienda. Si las acciones de los gobiernos no se acompañan de cambios estructurales, principalmente, en los roles de género no se observarán efectos en el nivel de fecundidad.

<sup>5</sup> Datos con base en INMujeres (2002), Pasos hacia la equidad de género en México. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100593.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100593.pdf). INEGI. XIII Censo General de Población y Vivienda 2020 y los laborales INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2024



La finalidad de las acciones públicas debería de ser que las personas logren el tamaño deseado de descendencia, cualquiera que sea este, en el marco del respeto pleno de los derechos sexuales y reproductivos, principalmente de las mujeres que suelen ser los primeros que se trastocan (decisión sobre su propio cuerpo, acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos y a la interrupción legal del embarazo). Al mismo tiempo deberán fomentar la autonomía y bienestar, así como estar alineadas con sus necesidades y preferencias, de tal forma que creen las condiciones adecuadas para la crianza y los cuidados.

Las personas deben recibir una educación escolar sexual que promueva la igualdad en la que se fomenten relaciones respetuosas, una vida sexual sana, así como la corresponsabilidad en la decisión de tener hijas(os), la crianza y los cuidados, para evitar la doble carga que recae en las mujeres de las tareas productivas y reproductivas. De ahí que se hable de la necesidad de contar con un sistema de cuidados con amplia cobertura y de calidad, con horarios que permitan a la población la conciliación entre la vida laboral y familiar.

Del mismo modo, debe considerarse la diversidad de acuerdo con cada región y las características de los distintos grupos de población. Lo adecuado sería implementar políticas públicas integrales que

mejoren las condiciones de inserción en el mercado laboral, el empleo (flexibilidad de horarios, baja por maternidad y paternidad, estabilidad en el empleo, etc.), el acceso a la vivienda, otorguen apoyos fiscales, y un sistema de salud de calidad y que garantice la atención de la mujer (antes del embarazo, durante el embarazo, parto y puerperio) y a la persona recién nacida (primera infancia, niñez, adolescencia), entre otras. En síntesis, crear un entorno que facilite la toma de decisiones y genere las condiciones óptimas para tomar decisiones en materia reproductiva que no se vean limitadas por estos aspectos.

Por último, me gustaría plantear una serie de preguntas que nos inviten a reflexionar en torno al descenso de la fecundidad ¿Estamos haciendo lo necesario para que la población cumpla con sus expectativas reproductivas? ¿Se evitan los embarazos a edades tempranas y los no intencionales? ¿Se considera un enfoque basado en el curso de la vida que procure un desarrollo en salud e igualdad? ¿Se fomenta la solidaridad intergeneracional? ¿Se atienden las necesidades de las personas mayores? Nuestra atención debería estar en resolver estos cuestionamientos y no únicamente en incrementar per se el nivel de la TGF, la respuesta favorable con acciones públicas a esas interrogantes favorecería que las personas tengan el tamaño de descendencia deseado.

## Salud de la población en edad productiva: entre el cierre del bono demográfico y la oportunidad del bono de género



Dra. Marcela Agudelo Botero

- *Profesora Titular y Coordinadora General del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud (CIPPS), Facultad de Medicina, UNAM.*

### Desafíos en salud de la población en edad productiva

La edad productiva se refiere al periodo de la vida, generalmente comprendido entre los 15 y 64 años, en el que las personas participan activamente en la fuerza laboral y contribuyen de manera directa al desarrollo económico y social. De ahí que la salud de este grupo poblacional sea fundamental, no solo para su propio bienestar, sino también por su papel como pilar de la productividad de la sociedad en general. Sin embargo, en México este grupo poblacional enfrenta desafíos considerables derivados de sus condiciones de salud, que repercuten en un mayor número de años de vida con discapacidad y muertes prematuras. Estos problemas también inciden en el ausentismo laboral, la reducción de la productividad, el incremento del gasto público y el retiro prematuro involuntario, entre otros efectos.

En la población en edad productiva son frecuentes la confluencia de enfermedades y factores de riesgo de diferente naturaleza. En particular, las enfermedades crónicas, especialmente las cardiometabólicas como diabetes tipo 2 (DT2), hipertensión, enfermedades cardíacas y obesidad, son responsables de pérdidas significativas en la

esperanza de vida. Por ejemplo, en 2022, las mexicanas y mexicanos, entre los 30 y 64 años, perdieron 1.9 años de esperanza de vida por este tipo de enfermedades.<sup>1</sup> Además, la multimorbilidad -vivir con dos o más enfermedades simultáneamente- aparece cada vez a edades más tempranas, afectando la calidad y cantidad de años de vida. Así, se ha estimado que, 27.6% de la población en el país con 20 años y más tiene multimorbilidad: 13.7% con dos enfermedades y 13.9% con tres o más enfermedades.<sup>2</sup>

A esto se suman problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad severa, que no solo deterioran el bienestar individual, sino que también incrementan el riesgo de otras enfermedades y afectan la participación laboral. La violencia, particularmente, con armas de fuego, y los accidentes de tránsito son causas externas que cobran la vida de miles de personas en edades productivas cada año, con un impacto directo en las familias, comunidades y la economía nacional.

### El declive del bono demográfico

México vive una etapa decisiva en su historia demográfica. Tras décadas de descenso en la fecundidad y la mortalidad, el país ha venido experimentando un envejecimiento poblacional acelerado. En este proceso, se ha abierto una ventana de oportunidad conocida como bono o dividendo demográfico, el cual alude al momento en que la proporción de personas en edad productiva (15 a 64 años) supera a la de personas dependientes (< 15 y de 65 y más años), creando condiciones para un mayor crecimiento económico.<sup>3</sup>

El bono demográfico es una etapa única, aunque no perenne. En el caso de México, inició a principios de los años setenta, alcanzando su punto

<sup>1</sup> Agudelo-Botero y Dávila-Cervantes, 2025. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549241308166>

<sup>2</sup> Agudelo-Botero, Dávila-Cervantes y Giraldo-Rodríguez, 2024. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2024.1380715/full>

<sup>3</sup> <https://www.gaceta.unam.mx/que-paso-con-el-bono-demografico-de-mexico/>

máximo entre 2010 y 2020 y, se estima que concluya hacia 2031,<sup>4</sup> lo que significa que nos encontramos en la fase final para aprovechar plenamente su potencial. Dicho aprovechamiento depende, entre otras cosas, de la implementación de políticas públicas intersectoriales para garantizar la salud y productividad de las personas en edad productiva.

De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población (Conapo), la razón de dependencia demográfica -que mide la proporción de personas dependientes respecto a la población en edad productiva- pasó de 101.3 en 1970, a 67.0 en 2000 y a 48.3 en 2025. Esto significa que, en este último año, por cada 100 personas en edad productiva, 48 son económicamente dependientes: 35 menores de 15 años y 13 de 65 años o más.<sup>5</sup> Cabe señalar que, como resultado de la disminución de la fecundidad y el aumento de la población adulta mayor, la carga de dependencia se está desplazando progresivamente hacia este último grupo etario.

Estos cambios en la distribución de la población implican una mayor presión sobre los sistemas de pensiones y seguridad social, un incremento en la demanda de servicios de salud y cuidados de largo plazo, así como la necesidad de reorientar parte del gasto social hacia estas áreas. Asimismo, la reducción relativa de la población en edad de trabajar podría afectar el crecimiento económico si no se compensa con aumentos en la productividad y en la inclusión laboral.

En México, la capitalización del bono demográfico se ha visto limitada por diversas barreras de carácter social, económico, educativo y de salud. Entre ellas destacan la desigualdad social y de género; el empleo informal y la precariedad laboral; la ausencia de políticas que incorporen de manera efectiva a mujeres y juventudes en el mercado laboral; la

educación deficiente y desigual; la alta prevalencia de enfermedades crónicas y de salud mental no atendidas; la carga excesiva de cuidados no remunerados, particularmente en las mujeres; y el acceso restringido a servicios de salud sexual y reproductiva.

### **El bono de género: nuevo horizonte hacia la equidad**

Una de las críticas más constantes al llamado dividendo demográfico es que se ha concebido, principalmente, a partir del aporte que los hombres pueden ofrecer al desarrollo económico de un país, relegando la participación de las mujeres en la vida productiva y, con ello, la contribución que su fuerza laboral representa para el crecimiento y el bienestar social. No obstante, en 2025, la población femenina entre los 15 y 64 años en México es de alrededor de 46 millones, lo que equivale al 51.4% de personas en este grupo de edad.<sup>6</sup>

En comparación con los hombres, un número considerable de mujeres en edad productiva vive en condiciones más altas de pobreza y marginación, dedica más horas a labores no remuneradas dentro del hogar -debido a tareas domésticas y de cuidado-, presenta una mayor probabilidad de insertarse en empleos informales y de ocupar puestos con menor rango jerárquico. Además, están más vulnerables a recibir menores ingresos en promedio, a ser despedidas injustificadamente y a no tener acceso a la seguridad social.

El bono de género se concibe como la posibilidad de impulsar la equidad entre hombres y mujeres, cerrar las brechas de desigualdad y promover el desarrollo. Se basa en el reconocimiento de que la plena participación de las mujeres en la economía, la política y la vida social no solo es un derecho, sino también un motor de crecimiento y bienestar

<sup>4</sup> <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Migracion-y-bono-demografico-20230524-0102.html>

<sup>5</sup> <https://www.datos.gob.mx/dataset/proyecciones-de-poblacion>

<sup>6</sup> <https://www.datos.gob.mx/dataset/proyecciones-de-poblacion>

colectivo. Aprovecharlo implica derribar las barreras que obstaculizan el acceso de las mujeres a empleos formales y de calidad, redistribuir de manera equitativa las responsabilidades de cuidado, garantizar su acceso a la educación y a la salud, así como promover su liderazgo en todos los niveles de toma de decisiones.

Finalmente, el aprovechamiento del bono de género solo será posible si la salud de las mujeres en edad productiva se coloca como una prioridad en la agenda pública y se traducen los compromisos en acciones concretas de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades.

Esto implica garantizar un acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, incluyendo aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva, la detección temprana de enfermedades crónicas y la atención integral de la salud mental. Un eje transversal indispensable es el abordaje de las diversas formas de violencia a las que las mujeres están expuestas a lo largo de su vida y en los distintos ámbitos -familiar, comunitario, laboral e institucional-, siendo esta una condición indispensable para asegurar su autonomía, bienestar e inclusión a la vida económica y social.



## El envejecimiento demográfico y la longevidad saludable: del déficit al derecho

Dr. Rafael Lozano Ascencio

- *Profesor Titular del Dpto. de Salud Pública, Fac. Medicina, UNAM*
- *Profesor Emérito, Dpto. de Ciencias de la Medición en Salud, Univ. Washington*



En los discursos oficiales sobre salud, desarrollo y políticas sociales, es común encontrar referencias al "envejecimiento de la población" como uno de los grandes desafíos del siglo XXI. Detrás de esa formulación se esconde un discurso marcado por la lógica médica dominante. Mientras la ciencia y la sociedad celebran los avances que han permitido vivir más años a las personas, la palabra longevidad rara vez aparece en los documentos técnicos o los mensajes gubernamentales. Se prefiere hablar de envejecimiento, generalmente en términos negativos, de carga, dependencia y costos. Esta elección comunicativa contiene una posición conceptual, política y cultural. Implica una forma de entender el cuerpo, el tiempo y la vida desde una mirada centrada en el déficit.

Aunque el envejecimiento ha sido inscrito dentro de una interpretación biologicista, no siempre fue concebido como una etapa definida del curso de vida. En el discurso dominante, suele percibirse como un proceso inevitable de declive funcional, pérdida de capacidades y mayor exposición a enfermedades. Esta visión ha sido aún más reforzada por el dominio del modelo biomédico, que concibe la salud como la ausencia de patología y se especializa en diagnosticar, clasificar y tratar déficits. Desde esta lógica, el envejecimiento se medicaliza: se convierte en una enfermedad en sí misma. Incluso una persona mayor, aunque sana, es considerada como potencialmente enferma.

Al introducir la longevidad a la narrativa se cambia el enfoque. En lugar de concentrarse en lo que se ha perdido, nos invita a observar lo que se ha

preservado, transformado o incluso adquirido con los años. Introduce conceptos como la variabilidad vital, la trayectoria biográfica, la experiencia acumulada y la capacidad de adaptación social. Pero, sobre todo, obliga a formular preguntas, no fáciles de responder: ¿qué condiciones hacen posible vivir más y mejor? ¿Y por qué esa posibilidad no está distribuida de manera equitativa?

La longevidad, entonces, se vuelve un concepto incómodo para el discurso tecnocrático porque: a) muestra la desigualdad estructural (quién llega y quién no llega a viejo, y en qué condiciones); b) desafía el modelo de salud centrado en lo curativo y en lo especializado, y c) exige políticas públicas sostenidas en el tiempo, no intervenciones puntuales.

Tanto el envejecimiento como la longevidad operan en dos niveles, y diferenciarlos puede enriquecer la comunicación y las políticas. Nombrar esta distinción ayuda a evitar errores de comunicación y a plantear acciones distintas. Para el individuo: autocuidado, redes de apoyo, entornos protectores. Para la sociedad: inversión en salud pública, justicia social y entornos equitativos.

### ¿Qué dicen los datos?

En la presentación, utilizando las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se muestra que la población en México está aumentando y envejeciendo al mismo tiempo. Lo anterior significa que al aumentar el total de habitantes y la proporción de adultos mayores, el número de adultos mayores será cada vez mayor y con ello sus necesidades de salud. Mientras que en 1950 menos de 5% del total de los habitantes de México tenían 60 años o más, se estima que para 2070 uno de cada tres habitantes del país será adulto mayor.

Por otra parte también se muestra que la sociedad mexicana es cada vez más longeva. Un indicador para medir la longevidad es la Esperanza de Vida al

Nacer (EVN) que según las estimaciones de CONAPO en 1950 era de 47.7 años en mujeres y 44.9 años en hombres, pero que se estima que para 2070 será de 86.3 y 80 años. Lo anterior representa una ganancia anual de 0.32 y 0.29 años respectivamente. Este importante progreso se confirma calculado el número de sobrevivientes en tres cohortes de nacimientos: 1950-54; 1980-84 y 2000. Según las estimaciones de la Dirección de población de Naciones Unidas, la probabilidad de llegar a los 70 años para los hombres nacidos en la primera mitad de la década de los 50s era de 47%, para los “Milenials” es de 61% y para la generación nacida en 2000 es de 73%. En el caso de las mujeres el cambio es el siguiente: 57% de las nacidas en los 50s llegó a los 70 años, 75% de las “Milenials” y 83% de las nacidas en 2000. En otras palabras, 25% más de los y las mexicanas que nacieron en 2000 llegaron a los 70 años, en comparación con los que nacieron cincuenta años antes. Esto confirma el aumento de la longevidad generacional.

Una comparación más ilustrativa de la longevidad se muestra con la evolución de la esperanza de vida a los 60 años para cuatro países (México, Estados Unidos, Japón y Dinamarca) y el promedio mundial. Según las estimaciones del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés), México presenta una ganancia de 2.3 años entre 1990 y 2023, sin embargo, este avance es menor al alcanzado en los otros países. Esta compresión de la mortalidad se contrasta con la expansión de la enfermedad sobre todo en México y Estados Unidos en los que la tasa de Años vividos con discapacidad (AVD) aumenta 0.5% y 5.3% respectivamente entre 1990 y 2023. En contraste Dinamarca mantiene esta tasa disminuye 1.7%. Al corregir la EV60 años por los AVD a la misma edad se obtiene la Esperanza de vida saludable (EVISA) que es indicador de salud positiva. Aunque los EVISA a los 60 años aumentan en los cuatro países en el periodo referido, el incremento anual en México y EUA es pobre en comparación con Japón o Dinamarca. Por último, la proporción de años de vida saludable de la población de 60 años y más

además de que va disminuyendo en México y EUA, esta no rebasa 70%. En otras palabras, la expansión de la discapacidad nos indica que aunque mejore la esperanza de vida la calidad de vida de los sobrevivientes es mejor en Japón y Dinamarca.

### Respuesta Social Organizada

Es evidente que el modelo de atención a la salud en México para los adultos mayores está orientado a reparar el daño y no a cuidar las ganancias en salud. El modelo está más relacionada con la reducción de la mortalidad en situaciones agudas o críticas. La atención médica directa es crucial para evitar la muerte cuando ya se ha desarrollado una enfermedad o lesión grave. Tal es el caso de cirugías que corrigen problemas ortopédicos o neurológicos, o tratamientos médicos que controlan condiciones que podrían causar discapacidad si no se tratan, ej. AVC, o lesiones traumáticas

En contraste si el modelo estuviera orientado al cuidado a la salud le daría más importancia a la **prevención de enfermedades** y a la promoción de un estilo de vida saludable a lo largo del tiempo. Acciones como promover la actividad física para prevenir la pérdida de movilidad; fomentar una dieta saludable para prevenir enfermedades que pueden causar discapacidad, como la diabetes o la hipertensión, o educación sobre prácticas seguras para evitar lesiones que podrían resultar en discapacidad, prevención de caídas en personas mayores. Al fomentar el cuidado a la salud progresivamente irá disminuyendo la tasa de AVD, lo que implica una mejor calidad de vida de los sobrevivientes.

La planificación para una población “envejecida” no debe confundirse con una sociedad “longeva”. Este contraste semántico revela dos horizontes políticos en competencia: uno orientado a contener los efectos del deterioro, y el segundo a la materialización de trayectorias de vida dignas y equitativas. Comprender esta distinción es crucial para reimaginar la acción pública.

Si el envejecimiento se sigue considerando como algo malo para la salud, la respuesta social organizada se centrará en gestionar más hospitales, más medicamentos y más especialistas. Pero en cambio, si hablamos de la longevidad como un derecho, el horizonte debe ser otro. El interés se vuelca al rediseño del sistema de salud con un enfoque geriátrico, incluyente y comunitario; creando entornos amigables para las personas mayores y valorando la contribución de los adultos mayores a la sociedad.

## Conclusiones

La forma en que nombramos los procesos sociales y biológicos condiciona la manera en que los entendemos, los gestionamos y los valoramos. Hablar de longevidad no es solo una cuestión de optimismo; es una toma de posición ética y política. Implica reconocer que vivir más años no debe ser una amenaza, sino una conquista colecti-

va, siempre y cuando esté acompañada de derechos, cuidados y justicia.

Para lograrlo, es necesario desmontar el monopolio del discurso médico sobre el envejecimiento, abrir el debate a otros saberes —como la gerontología crítica, la economía feminista del cuidado, la sexualidad después de los 60 años, los movimientos sociales de personas mayores— y construir un nuevo relato: uno que no tema a la vejez, sino que la abrace como parte plena de la vida.

Disputar el lenguaje no es un ejercicio académico menor. Es una forma de intervenir en la realidad. Nombrar la longevidad como derecho es abrir un horizonte ético y político que cuestione las estructuras que hoy hacen que no todas las personas tengan las mismas posibilidades de llegar a viejas, ni de vivir esa etapa con dignidad. En el fondo, no estamos discutiendo sólo palabras. Estamos eligiendo el tipo de sociedad que queremos construir.