



DOCUMENTOS DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE
MEDICINA DE MÉXICO

SALUD Y MOVILIDAD SOCIAL

Coordinador:
Dr. Juan Pablo Gutiérrez

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Dr. Juan Pablo Gutiérrez	
DETERMINANTES SOCIALES Y MOVILIDAD SOCIAL	3
Dr. Manuel Urbina Fuentes	
INTERSECCIONALIDAD Y SALUD: UN MARCO PARA LA COMPRENSIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN LA MOVILIDAD SOCIAL	7
Dra. Marcela Agudelo Botero	
MOVILIDAD EN SALUD Y EL PAPEL DE LA SALUD EN LA MOVILIDAD SOCIAL	10
Dr. Rodolfo de la Torre	
ROL DEL SISTEMA DE SALUD EN LA MOVILIDAD SOCIAL	14
Dr. Ricardo Pérez-Cuevas	
EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO Y LA MOVILIDAD SOCIAL	17
Dr. Adolfo Martínez Valle	
MOVILIDAD SOCIAL Y SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO	21
Dra. Oliva López Arellano	
SALUD Y FINANZAS PÚBLICAS EN MÉXICO: FINANCIAMIENTO E IMPLICACIONES	25
Dra. Judith Senyacen Méndez Méndez	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	28
Dr. Juan Pablo Gutiérrez	

Introducción

Dr. Juan Pablo Gutiérrez

PROFESOR TITULAR C, CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS,
POBLACIÓN Y SALUD, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM
ACADÉMICO, ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.



Se define a la movilidad social como el cambio en la condición socioeconómica de las personas; en particular la movilidad intergeneracional se refiere al cambio entre una persona y su hogar de origen¹, siendo ascendente cuando la situación de una persona resulta mejor que la que existía en su hogar de origen. En ese sentido, la movilidad es una medida de la igualdad de oportunidades en una sociedad: la movilidad social es posible solo en situaciones de mayor igualdad de oportunidades.

La movilidad social puede aproximarse desde las diferentes dimensiones de lo social y económico: riqueza, ingreso, ocupación, educación, y por supuesto, salud. Es decir, movilidad social en salud en el sentido de mejores condiciones de salud para las personas con relación a las condiciones de salud en su hogar de origen. Para estimar el grado de movilidad social en salud se han planteado diferentes indicadores: esperanza de vida, estatura en personas adultas (como medida de capital salud acumulado), entre otros. Ciertamente los cambios en estos indicadores con relación a los de los hogares de origen requieren ajustes por otros aspectos que pudieran modificarlos.

México se ha caracterizado como un país con una elevada desigualdad social que tiende a generar barreras para la movilidad: la población en pobreza en tanto que emplea su energía en sobrevivir enfrenta un elevado costo al hacerlo, y cae en lo que se ha denominado la trampa de pobreza, es decir, inmovilidad social².

Este entorno de limitada igualdad de oportunidades de lugar de igual forma una limitada movilidad social en salud, si bien susceptible de afectarse a través de las acciones de política pública. Por ejemplo, en un estudio enfocado en la población que formó parte del programa de transferencias condicionadas Progresá-Oportunidades-Prospera (POP), estimó en esta población que una vez controlando por las características del hogar de origen, una movilidad intergeneracional positiva en salud medida con la estatura de 2.8cm entre varones y 4.1cm entre mujeres³.

Por otra parte, también resulta relevante el rol de la salud en la movilidad social en general. Esto, el efecto sinérgico de la salud con la educación para mejorar las posibilidades de empleo y mayor ingreso como un motor para la movilidad. Las personas con mejor nivel de salud presentan asimismo un mayor logro educativo, y al incorporarse al mercado laboral, un mayor ingreso, lo que favorece la movilidad social. En el mismo estudio realizado entre la población del POP, se estimó que incrementos de 1% en la estatura se traducían en un ingreso laboral 10.7% mayor para varones y 8.8% mayor para mujeres, es decir, la movilidad en salud contribuyendo a la movilidad social. Un estudio sobre la contribución de la salud a la movilidad social con un abordaje similar identificó a partir de una muestra representativa de México rendimientos en ingreso laboral de un incremento de 1cm en talla de 7.4% para mujeres y 9.3% para varones⁴. Esto es, evidencia del aporte de una mejor salud a la movilidad social.

¹ EDelajara, M., Campos-Vazquez, R. M., & Velez-Grajales, R. (2021). The regional geography of social mobility in Mexico. *Regional Studies*, 56(5), 839–852. <https://doi.org/10.1080/00343404.2021.1967310>.

² Turnbull, B., Gordon, S.F., Ojeda-García, A. et al. The poverty trap: a grounded theory on the price of survival for the urban poor in Mexico. *Humanit Soc Sci Commun* 11, 826 (2024). <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03328-3>.

³ Gutiérrez, JP, Shamah-Levy T, Bertozzi, S M.; Rivera-Dommarco, JA. 2019. Intergenerational Social Mobility Based on the Investments in Human Capital: Evidence of the Long-Term Results of PROSPERA in Health. Policy Research Working Paper; No. 9001. World Bank. <http://hdl.handle.net/10986/32375>, <https://raco.cat/index.php/humanitats/article/view/426861>.

⁴ Gutiérrez JP, Bertozzi SM (2024) Height & income: Labor returns of health in Mexico from 2000 to 2018. *PLOS ONE* 19(5): e0303108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303108>

Desde esta perspectiva, la inversión en salud es una forma de promover la movilidad social ascendente, visto tanto desde la perspectiva de acciones en salud dirigidas a la salud de niñas, niños y adolescentes, como de forma más general, en la construcción de un sistema de salud que favorezca la movilidad social.

En cuanto al primer aspecto, asegurar el acceso efectivo la promoción, prevención, y atención a la salud para las personas que se encuentran en proceso de desarrollo les permitirá mejores condiciones para incorporarse al mercado laboral, es decir, contribuye a la igualdad de oportunidades.

De forma general, un sistema de salud que asegure el acceso efectivo para toda la población y con un enfoque en la equidad, favorece desde la dimensión salud la movilidad, al promover condiciones de equidad en el acceso al cuidado de la salud: la probabilidad de recibir una intervención no asociada a la capacidad de pago o alguna otra característica de la persona, pero solamente con relación a la necesidad de salud.

En este documento, el Dr. Manuel Urbina nos presenta el marco de los determinantes sociales de la salud, perspectiva que desde el campo de la salud se enlaza con el abordaje de movilidad social. Complementando este marco, la Dra. Marcela Agudelo Botero introduce la perspectiva de interseccionalidad, señalando asimismo su conexión con movilidad social.

Posteriormente, el Dr. Rodolfo de la Torre revisa la evidencia para México sobre movilidad en el ámbito de salud, y sobre la contribución de la salud para la movilidad social.

El Dr. Ricardo Pérez Cuevas presenta una revisión sobre el rol de los sistemas de salud para promover la movilidad social, que posteriormente el Dr. Adolfo Martínez Valle detalla para el caso mexicano, mirando como los sistemas de salud pueden ser un mecanismo para promover la movilidad salud y en ese sentido la movilidad social.

La Dra. Oliva López Arellano hace una revisión sobre los avances desde la prestación de servicios de salud para la movilidad social, enfatizando la relevancia de la inversión en salud para lograrla.

La Dra. Judith Méndez ilustra las tendencias en el gasto público en salud para enfatizar sobre la necesidad de fortalecer la inversión en salud para el logro de los objetivos del sistema de salud.

Finalmente, presentamos una serie de recomendaciones que sintetizan la discusión urgente sobre movilidad social y salud: el logro de la movilidad social requiere del impulso de la movilidad en salud, es decir, el progreso en las condiciones de salud de la población, las cuales a su vez se retroalimentan del progreso social.



Determinantes sociales y movilidad social

DR. MANUEL URBINA FUENTES

COORDINADOR DEL COMITÉ PERMANENTE PARA EL ESTUDIO DE LOS
DETERMINANTES SOCIALES EN MÉXICO DE LA ANMM.



Desde la perspectiva planteada en el marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la Movilidad Social (MS) es un concepto directamente relacionado en tanto que considera factores estructurales similares. En particular, en México para ambas perspectivas resultan relevantes la inequidad, las desigualdades, la (in)justicia social, la magnitud de la pobreza y la pobreza extrema, las carencias por acceso, disponibilidad y calidad de los servicios de salud.

Al no considerar a los DSS ni a la MS en los planteamientos de la política pública de salud actual, la rectoría y el financiamiento que se ha dado para el desarrollo del Programa Sectorial de Salud 2025-2030, limitan la selección de las opciones operativas para la participación intersectorial nacional, estatal y municipal.

Desde el 2009 se aprobó la resolución de la OMS sobre los DSS para responder los problemas de las desigualdades e inequidades en salud y su impacto, así como para los efectos de las crisis sociales, económicas y políticas en los sistemas de salud.

También plantea en su análisis la magnitud e importancia de las políticas públicas a nivel mundial y en cada país para abordarlos y propone tres principios de acción:

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

Pare ello, se proponen recomendaciones específicas⁵, y en este año 2025 la OMS presentó el reporte mundial

que evalúa su avance⁶ en donde se destaca que la equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social, y se define como la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas, familias y comunidades debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.

En México, durante la gestión de los últimos cuatro sexenios de gobierno, los desafíos y consecuencias por la no intervención en los DSS son evidentes por su omisión en los programas de política social.

Se tiene una nueva oportunidad para abordarlos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y en el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2025-2030. La Academia Nacional de Medicina puede proponerlos al responsable de la Rectoría y Gestión de la salud de esta administración.

Movilidad Social, Determinantes Sociales de la Salud, Justicia Social y políticas públicas.

La MS puede ser absoluta cuando evalúa el cambio en el nivel de vida que existe entre distintas generaciones de todo un país o región o relativa, cuando mide el cambio en la posición socioeconómica de las personas con relación a la que alcanzaron sus padres.

En los DSS las “causas de las causas” de las desigualdades en salud son los factores no médicos que influyen en las causas y los resultados o efectos en la salud por las condiciones en las que nacemos, crecemos, vivimos, educamos, trabajamos, divertimos, envejecemos y morimos.

⁵ World Health Organization (2009) Reducing health inequities through action on the social determinants of health WHA62.14 https://apps.who.int/pdf_files/a62_r14-sp.

⁶ United Nations. World Population Prospects 2022: United Nations; 2022. <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210014380#overview>.

La equidad y la igualdad en salud se logra a través de Políticas Públicas coordinadas, con planes y programas de tipo económico, social y cultural en particular para la población más vulnerable. 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).

La propuesta de la OMS para “La salud en todas las políticas” plantea los cambios que se requieren en salud en todos los sectores y tiene como objetivo mejorar la formulación de políticas con base en resultados y el vínculo entre políticas e intervenciones en los DSS, la Atención Primaria de la Salud, las Funciones Esenciales de Salud Pública, la Cobertura Universal y el Cambio Climático⁷.

En este contexto, el diseño de políticas públicas importantes, como las de salud, educación, vivienda y desarrollo social, es difícil en escenarios multideterminados por la economía, los mercados globales y las presiones sociales, económicas y políticas internas y externas de los países. Por ello, “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.

A pesar de múltiples estudios y publicaciones de las desigualdades en salud, siguen siendo temas desconocidos para muchos profesionales de la salud y de las ciencias sociales, omitidos o no vinculados en la formación de los profesionales de la salud, servidores públicos y tomadores de decisión y el público en general. Una de las razones más importantes de este desconocimiento es la inadecuada identificación de las causas y los efectos de los riesgos y problemas de salud al no abordar o considerar los DSS.

Se han propuesto opciones desde Alma en 1978 con la APS, en el 2000 con Objetivos de Desarrollo del Milenio y ahora desde el 2015 con las acciones intersectoriales de “Una Salud” y la “Salud Planetaria” y la Agenda 2030 y los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible, en vigor desde enero del 2016 para mantener el aumento de la temperatura del planeta por debajo de 1.5 grados Celsius⁸.

El denominador de los determinantes estructurales

Los desafíos de México: marginación, pobreza, carencias por acceso, justicia social, movilidad social, baja calificación en la gestión de programas de salud.

En salud el éxito de las políticas y programas de planificación familiar y vacunación favoreció la transición demográfica, pero sin el desarrollo social y económico esperado.

En el 2020 más de 125.5 millones de mexicanos residían en 108,144 localidades y 87,977 con menos de 500 habitantes, en donde viven 10.1 millones y 4.5 millones ellos en localidades con muy alta y marginación⁹.

En el 2024 se estimó una población de 132 millones con 1.8 millones de nacimientos anuales. En ese año el porcentaje por la carencia por acceso a los servicios de salud en once de las 32 entidades federativas es mayor al promedio de 34.2 (44,501,200 personas, un aumento que duplica la cifra de 2018), Chiapas, Puebla, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, México, Tlaxcala y Tabasco. A nivel nacional de 2016 a 2024 se incrementó esta carencia en zonas urbanas y rurales, siendo el mayor porcentaje en las rurales al pasar de 13.2 % (3.7 millones) a 48.7% (13.9 millones) respectivamente¹⁰.

En los datos del INEGI 2025 no se actualizó el dato de los niños menores de seis años como lo hizo el Coneval/UNICEF mostrando que 1 de cada 10 niños en primera infancia están en situación de pobreza extrema entre 2020 y 2022 y once entidades no disminuyeron este porcentaje, sólo 4 lograron disminuir significativa-

⁷ Organización Panamericana de la Salud. HiAP. Health in All Policies: from the local to the global 2017. <https://www.paho.org/es/temas/accion-intersectorial-salud-todas-politicas>.

⁸ Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

⁹ Consejo Nacional de Población. Índices de Marginación 2020, 2023 <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372>.

¹⁰ INEGI. Análisis de resultados de la medición de la pobreza multidimensional 2024. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/pm/pm2025_RR_08.pdf

mente la pobreza extrema: Yucatán con una reducción de 5.88 puntos; Tlaxcala con 5.19 puntos; Quintana Roo con 5.12 puntos y Sonora con 3.57 puntos¹¹.

México se encuentran entre los 10 peores países en materia de prevención de la pobreza, inclusión social y no discriminación y salud¹². La MS en el país muestra que el origen socioeconómico de las personas aún determina, en gran medida, su destino ya que 74 de cada 100 que nacen en los estratos más pobres no logran salir nunca de ahí. Las posibilidades de quedarse en pobreza son distintas en cada región: 54% en el norte; 58% en el norte-occidente; 62% en el centro-norte; 68% en el centro y 86% en el sur¹³.

En el Diagnóstico de Monitoreo de Políticas y Programas Sociales del Coneval la Secretaría de Salud los resultados 2024 son similares a los 2022, se mantiene en la categoría de monitoreo Medio, una valoración de 0.628 en once programas con un nivel Medio y la sitúa en el 6° lugar de las 15 dependencias valoradas, siendo los programas presupuestarios de Vacunación, Investigación y desarrollo tecnológico en salud y Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud los de menor calificación al ubicarse en un nivel básico¹⁴.

Estos resultados, en el caso de la vacunación, se reflejan en el reporte del 2024 de la UNICEF para México, mostrando que tenía el mayor número de niños sin vacuna para el sarampión (401.000), seguido de Brasil (178.000). Estos países representan aproximadamente el 31% y el 14% de los niños no vacunados y el mayor número de niños con dosis cero (341.000) y (229.000) de la región, respectivamente¹⁵.

En los nacimientos registrados en 2023 de madres entre 10 y 17 años al nacimiento por entidad federativa de registro, según edad de la madre reportan un total de 101,147, siendo 6,798 en niñas de 10 a 14 años;

15,379 de 15 años; 32,319 de 16 años y 46,651 de 17 años¹⁶. El riesgo y consecuencia de estos nacimientos en niñas y adolescente se refleja en las condiciones de salud de las madres y sus hijos y el impacto social y económico para sus familias.

En 2024 el rezago educativo en el ámbito rural (32.2 %) fue superior al del urbano (14.8 %). Chiapas, Oaxaca y Guerrero encabezaron a las entidades federativas con mayor porcentaje de rezago educativo. Caso contrario fueron Ciudad de México, Coahuila y Nuevo León, entidades donde se registraron los menores porcentajes de población con esta carencia. No obstante, el estado de México, Veracruz y Chiapas presentaron el mayor número de personas con rezago educativo, con más de 1.9 millones de personas cada uno¹⁰.

Planteamientos sobre políticas públicas, la gestión y el fortalecimiento del Programa Sectorial de Salud.

Las desigualdades drásticas dominan a nivel mundial e involucran a todos a los países ricos y pobres por igual entonces ¿Por qué no hemos logrado políticas sociales equitativas, socialmente justas y operativamente con servicios eficientes y de calidad para lograr la equidad en salud a través de una cobertura y aseguramiento universal?

Porque invertimos poco en salud, así como en otros programas sociales, como educación, vivienda, empleo; Porque lo que se tiene se gasta todo en infraestructura y nóminas, con elevados gastos de administración, gestión deficiente y corrupción; Porque no evaluamos el desempeño y el impacto de lo que hacen los sectores responsables de las políticas sociales

En la selección de las opciones operativas para la participación intersectorial nacional, estatal y

¹¹ CONEVAL/UNICEF. Pobreza infantil y adolescente en México, 2022

https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/pob_infantil/2022/Pobreza_infantil_y_adolescente_en_Mexico_2022.pdf.

¹² Hellmann T, Schmidt P, Heller SM. Social Justice in the EU and OECD Index Report 2019 Índice Europeo de Justicia Social de 2019.

¹³ Monroy-Gómez-Franco, Luis Ángel y Vélez Grajales, Roberto (2025). Informe de movilidad social en México 2025: la persistencia de la desigualdad de oportunidades. Centro de Estudios Espinosa Yglesias.

¹⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Diagnóstico de Monitoreo de Políticas y Programas Sociales 2024 - Secretaría de Salud. Ciudad de México: CONEVAL, 2024.

https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/Diagn%C3%B3stico%20de%20Monitoreo/Diagnostico_Monitoreo_Salud_2024.pdf.

¹⁵ WHO/UNICEF Avances y desafíos para lograr la cobertura de inmunización universal. Estimaciones de la OMS y el UNICEF sobre la Cobertura Nacional de Inmunización 2024 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/wuenic/wuenic-progress-and-challenges_sp.pdf?sfvrsn=d6907baa_9&download=true.

¹⁶ INEGI. Estadística de Nacimientos Registrados (ENR) 2023 <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENR/ENR2023.pdf>.

municipal, considerando los DSS, tenemos que dar respuesta a esta pregunta: ¿Para qué tratar y atender a la población y devolverla a las condiciones de vida que la enferman y sin cambio en las condiciones sanitarias en que vive? Por ello, ha impulsado el desarrollo del enfoque de la Salud en Todas las Políticas para ejercer efectivamente el liderazgo en diseñar e implementar políticas públicas que incidan en los DSS.

Este enfoque no es fácil de implementar justamente por su carácter intersectorial. Requiere definir metas comunes, formular respuestas conjuntas e integrales, exige una mayor transparencia y rendición de cuentas a los diferentes organismos gubernamentales participantes. Tenemos ejemplos del avance logrado de 2007-2012 de cinco casos que aportaron lecciones de política pública que inciden en los DSS empleando argumentos económico-sociales para justificar su diseño o implementación, basarse en evidencia empírica sólida y en resultados de evaluaciones rigurosas en: Prospera (antes Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y Progresar); Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud); Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias; la Iniciativa Mexicana para la Seguridad Vial y el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria¹⁷.

Sin embargo, se cumple la máxima de que “Los Mexicanos tenemos iniciativa, pero, no acabativa” del Dr. José Laguna García y se han suspendido o modificado por razones políticas e ideológicas.

En esta administración se puede dar el cambio porque contamos con los fundamentos jurídicos y programáticos para el sistema de salud. En este contexto, en México el Sistema Nacional de Planeación Democrática y el Sistema de Evaluación del Desempeño son los instrumentos de vinculación entre la sociedad y el Gobierno, así como entre los sistemas de planeación para el desarrollo de los tres órdenes de gobierno al contar con el Plan Nacional de Desarrollo y los Planes Estatales y Municipales de Desarrollo y los Programas presupuestarios Sectoriales y de Acción Específicos. Sin embargo, las intervenciones son factibles cuando hay recursos humanos y económicos e interés de las autoridades y la población para pasar de la “planeación por programa social a la planeación por problema social”¹⁸.

El Programa Sectorial de Salud 2025-2030 tiene cuatro áreas de oportunidad en el abordaje de los DSS de manera integral en el proceso de vida y movilidad social de los niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con lo que hay; lo que hay que proponer; lo que hay que gestionar; lo que hay que hacer; lo que hay que financiar; lo que hay que resolver y lo que hay que evaluar en donde vive, estudia, trabaja y se divierte la población. Las aportaciones y participación de los trabajadores de la salud son valiosas para identificar cuáles siguen siendo los problemas que se deben abordar a nivel nacional, estatal, municipal y local para reducir las desigualdades e inequidades y favorecer la movilidad social.



¹⁷ Martínez-Valle A (2013) El abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. OPS https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6291/DSS_ECO_Doc6.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

¹⁸ Torres-Flores C. El sistema de planeación democrática. Una propuesta institucional. PUED/UNAM <http://www.pued.unam.mx/export/sites/default/archivos/SAED/2025/SAED1009.pdf>.

Interseccionalidad y salud: un marco para la comprensión de las desigualdades en la movilidad social

DRA. MARCELA AGUDELO BOTERO

PROFESORA TITULAR A, DEFINITIVA Y COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS, POBLACIÓN Y SALUD (CIPPS), FACULTAD DE MEDICINA, UNAM. MIEMBRO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO (ANMM).



La salud es uno de los principales determinantes de la calidad de vida. No solo refleja condiciones biológicas o individuales, sino también las oportunidades que ofrece la sociedad para acceder a servicios, educación, empleo digno y bienestar. En este sentido, la salud se convierte en un puente -o en una barrera- para la movilidad social. Al mismo tiempo, la movilidad social depende de diversos factores que, rara vez, se distribuyen de manera equitativa. El lugar de nacimiento, la condición socioeconómica, el género, la pertenencia étnica, la edad o la discapacidad marcan profundamente las trayectorias de vida y los resultados en salud¹⁹.

Para comprender estas desigualdades se ha propuesto un marco que permite reflejar cómo las distintas formas de exclusión se entrelazan y generan desventajas acumuladas. Este marco es el de la interseccionalidad, el cual reconoce los efectos combinados de múltiples identidades en la movilidad social. Por lo tanto, las intersecciones pueden moldear las oportunidades y desventajas de las personas, influyendo en su curso de vida²⁰.

¿Qué es la interseccionalidad?

Acuñado por Kimberlé Crenshaw (1989), el concepto de interseccionalidad resalta cómo diversos sistemas entrelazados de desigualdad se combinan y crean una

forma única de opresión para personas con distintas identidades o estatus marginados²¹. Esta opresión única y simultánea, subraya la importancia de comprender los contextos estructurales donde se crean y mantienen diversas categorías sociales.

La interseccionalidad se plantea como un marco conceptual, metodológico y empírico que se centra en las dinámicas de poder intrínsecas en las prácticas sociales cotidianas y que influyen en la movilidad social. También, permite prestar atención al vínculo entre diversos niveles de poder -individual, estructural e institucional- con la equidad en salud. Incorpora distintos ejes de desigualdad que no actúan de manera aislada, sino que se yuxtaponen y refuerzan entre sí.

El enfoque de interseccionalidad se sustenta en el marco de los determinantes sociales²². Así, mientras los determinantes explican las brechas en salud, la interseccionalidad permite comprender cómo su combinación produce formas extremas y específicas de exclusión e inequidades en salud. La interseccionalidad parte de reconocer que las personas se sitúan en sistemas de poder y opresión multidimensionales, cuyas manifestaciones son únicas y están determinadas por contextos sociales, culturales e históricos específicos. De ahí la relevancia para comprender la movilidad social desde esta perspectiva.

* En la elaboración de este artículo se utilizó ChatGPT-5 exclusivamente para mejorar la claridad y fluidez del lenguaje. El contenido fue desarrollado, revisado y validado por la autora, quien asume la responsabilidad total del texto publicado.

¹⁹ Harari L, Lee C. Intersectionality in quantitative health disparities research: A systematic review of challenges and limitations in empirical studies. Soc Sci Med. 2021 May;277:113876.

²⁰ Samra R, Hankivsky O. Adopting an intersectionality framework to address power and equity in medicine. Lancet. 2021 Mar 6;397(10277):857-859.

²¹ White J, Cordova-Gomez A, Mejía R, Clayton JA. Intersectionality and interseccionalidad-the best of both worlds. Lancet Reg Health Am. 2025 Jan 13;41:100974.

²² López N, Gadsden VL. Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality. NAM Perspectives. Discussion Paper, National Academy of Medicine; 2016. Disponible en: <https://nam.edu/perspectives/health-inequities-social-determinants-and-intersectionality/>.

Vínculo entre interseccionalidad y movilidad social en salud

La movilidad social alude a la capacidad de una persona o las familias para mejorar la posición económica, educativa, ocupacional y de salud, en relación con la generación anterior²³. En contextos de alta desigualdad, la movilidad social suele estar limitada, afectando distintas esferas de la vida, entre ellas, la salud.

Diversos grupos sociales -entre ellos, personas indígenas, afrodescendientes, migrantes, mujeres, juveniles, personas con discapacidad o poblaciones LGBTQ+, enfrentan barreras estructurales e institucionales que limitan su acceso a educación, empleo formal, protección social y servicios de salud de calidad. Estas limitaciones se expresan en discriminación, sobrecarga de cuidados, precariedad laboral, falta de accesibilidad física y estigma en la atención sanitaria, lo que repercute en trayectorias de vida más vulnerables y menor movilidad social²³. Estas condiciones no actúan de forma aislada. Cuando dos o más de estas características se entrecruzan -por ejemplo, una mujer indígena con discapacidad o una persona migrante LGBTQ+ sus efectos se potencian y generan desventajas acumuladas que impactan, tanto en la salud como en las oportunidades de movilidad social.

Estas desigualdades se intensifican cuando dos o más de estas características se entrecruzan, generando efectos acumulativos que se reflejan en mayores niveles de enfermedades crónicas, de trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, etc.), de consumo de sustancias y de infecciones de transmisión sexual, además de otros problemas de salud que suelen permanecer desatendidos.

El reto de medir la interseccionalidad

Aunque los datos empíricos que vinculan interseccionalidad, movilidad social y salud aún son limitados, se plantea la importancia de incorporar este enfoque en

los estudios, ya que las experiencias de salud están determinadas por múltiples circunstancias sociales que interactúan entre sí. En este sentido, uno de los mayores retos metodológicos consiste en contar con información que permita analizar, paralelamente, varios ejes de desigualdad. Esto implica ir más allá de tratarlos como dimensiones aisladas, sumativas o multiplicativas, y comprender cómo se entrecruzan de forma integral para producir ventajas -o desventajas- particulares en distintos grupos sociales¹⁹. Sin embargo, una de las principales dificultades para este tipo de análisis es la ausencia de fuentes de información que reflejen la diversidad real de las personas y sus experiencias. Los sistemas de información suelen recolectar datos desde enfoques tradicionales y basados en categorías normativas, lo que limita la inclusión de variables alternativas clave (por ejemplo: identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, discapacidad, entre otras) y dificulta comprender cómo operan las desigualdades en la práctica. En consecuencia, los resultados se presentan de forma general y basados en promedios, invisibilizando a los grupos que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad^{23 24}.

Para superar estas limitaciones, se ha propuesto el desarrollo de enfoques metodológicos más innovadores y sensibles a la complejidad social. Desde la perspectiva cuantitativa, se requiere el uso de modelos que permitan una desagregación suficiente, incorporen variables de calidad y cuenten con datos representativos para analizar interacciones entre múltiples ejes de desigualdad. Por su parte, los enfoques cualitativos pueden aportar una comprensión profunda de las experiencias, relaciones de poder, estigmas y barreras que se enfrentan para hacer efectivo el pleno ejercicio del derecho a la salud²⁵. Finalmente, los estudios mixtos ofrecen una vía integral para analizar la interseccionalidad, combinando la solidez del análisis estadístico con la profundidad interpretativa de los métodos cualitativos²⁶.

²³ Monroy-Gómez-Franco, Luis Ángel y Vélez Grajales, Roberto. Informe de movilidad social en México 2025: la persistencia de la desigualdad de oportunidades. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. 2025. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1XjFcWu1Oeqlvx87qfQIXRrmXQfqeU638/view>

²⁴ Baker McKenzie. ID Virtual Series 2021: Key themes. 2021. Disponible en: <https://www.bakermckenzie.com/-/media/files/insight/publications/resources/id-virtual-series-2021/22-june-key-themes-final.pdf>.

²⁵ Breau RD, Rooks RN. The intersectional importance of race/ethnicity, disability, and age in flu vaccine uptake for U.S. adults. *SSM Popul Health*. 2022 Aug 20;19:101211.

²⁶ Abrams JA, Tabac A, Jung S, Else-Quest NM. Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. *Soc Sci Med*. 2020 Aug;258:113138.

Conclusión

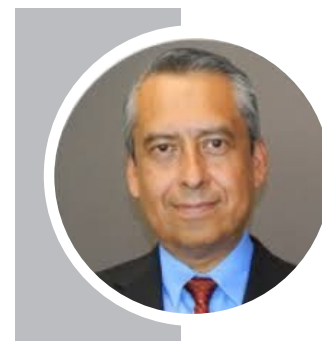
La interseccionalidad ofrece una lente poderosa para comprender cómo se entrelazan las desigualdades y generan desventajas acumuladas que repercuten en la movilidad social en salud. Por lo tanto, uno de los mayores retos es transformar las estructuras sociales que reproducen desigualdades en salud a lo largo de las generaciones. Esto no se logra únicamente con ampliar

la cobertura de servicios de salud, sino que requiere de la implementación de políticas públicas inclusivas que reconozcan los determinantes sociales y los sistemas de opresión subyacentes que frenan el logro de la equidad en salud. Sin el enfoque interseccional en las políticas de salud, se corre el riesgo de reproducir las mismas inequidades que buscan solucionar y de no avanzar hacia el propósito de no dejar a nadie atrás.



Movilidad en salud y el papel de la salud en la movilidad social

DR. RODOLFO DE LA TORRE



Las condiciones socioeconómicas de las personas cambian de una generación a otra. Esta idea básica de lo que es la movilidad social puede enfocarse al caso de la salud. El bienestar físico, mental y social de los individuos, es decir su salud, puede depender de las propias condiciones de salud que vivieron las generaciones anteriores. A su vez, la atención a la salud actual puede influir decisivamente en los logros socioeconómicos de las personas. Hay dos preguntas clave al examinar la relación entre la salud y la movilidad social ¿Hasta qué punto la salud de las personas está determinada por sus condiciones de origen? ¿Qué tanto la salud de los individuos determina su destino socioeconómico?

Para contestar estas preguntas se utiliza como aproximación a la salud de las distintas generaciones los años de vida totales que se espera vivan las personas bajo el criterio de que una mayor duración de la vida es indicativa de mayor salud. Las Encuesta de Movilidad Social ESRU-EMOVI permite imputar a cada persona su esperanza de vida para su edad de acuerdo con su sexo, lugar de residencia, educación y otras condiciones socioeconómicas²⁷. Debe advertirse, sin embargo, que los años de vida estimados tienen limitaciones, pues no consideran el tiempo vivido con padecimientos o discapacidades, ni que la vida saludable puede acortarse por accidentes o exposición a la violencia.

Un ejemplo de los años de vida totales esperados para una persona corresponde a la esperanza de vida al nacer. Para los recién nacidos, la esperanza de vida al nacer es su expectativa de años totales de vida, la cual es de 75.5 años en México en 2025. Esta esperanza de vida, sin embargo, es menor a la máxima en el mundo,

la de Japón, con 85 años. Esto significa que en México tiene un logro del 88.8% del máximo posible. Esta relación (años totales de vida esperados/años totales de vida esperados máximos) es el indicador de salud que se adopta, el cual no sólo toma en cuenta los logros en duración de vida sino también el contexto en el que se dan, es decir respecto a los máximos alcanzables.

Si bien en México, la esperanza de vida al nacer ha aumentado 1.9 años de 2000 a 2025, en ese mismo lapso el índice de salud ha descendido de 1.8 puntos. Lo anterior es indicativo de que el país se ha venido rezagando en logros relativos de salud. Por otra parte, también es importante señalar que el índice de salud es notablemente menor para el 20% de la población con menores recursos económicos respecto al 20% más rico. La diferencia, que se ha mantenido a lo largo del tiempo, es aproximadamente de 3 años de vida. Esto habla de pérdidas relativas en salud en presencia de notables desigualdades, pero ¿Cuál es la situación de la movilidad intergeneracional en salud?

Movilidad intergeneracional de salud

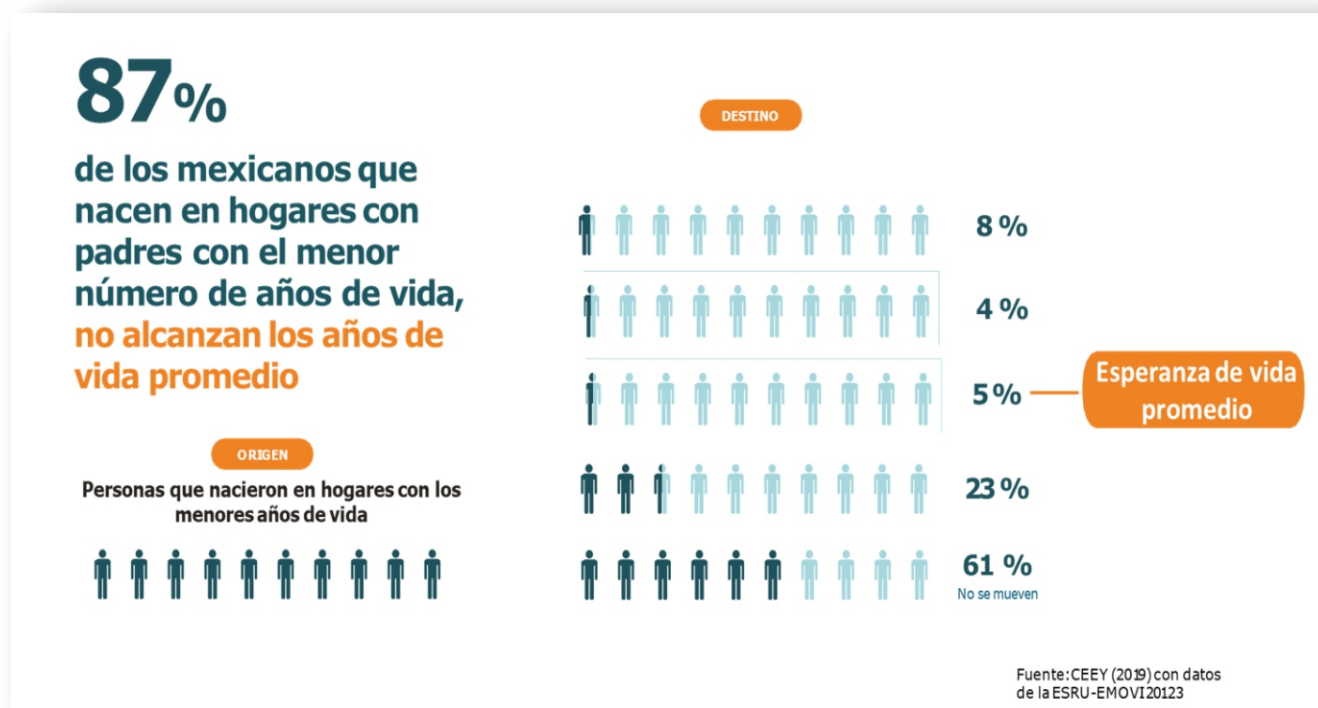
Una forma de establecer el grado de movilidad social en salud de una generación a otra consiste en observar el progreso relativo del 20% de la población que nacen en los hogares con el menor índice de salud de los padres. De ese grupo, 61% permanecerá en el 20% de las personas con peores condiciones de salud, y sólo el 8% alcanzará el grupo del 20% de los individuos con mejores condiciones de salud (ver Gráfica 1). Esta gráfica permite ver que el 87% de la población de este grupo no superará estar en el 40% de las personas con menores logros de salud, lo que a grandes rasgos

²⁷ Este texto presenta, resume, actualiza y extiende la información contenida en Delajara, Marcelo, Rodolfo De la Torre, Enrique Díaz Infante y Roberto Vélez Grajales, 2018. "El México del 2018. Movilidad social para el bienestar," CEEY, y en De la Torre, Rodolfo, 2020. Reporte sobre Movilidad social en salud 2020, Una mirada a las diferencias regionales. CEEY.

corresponde a no superar los años esperados de vida promedio. Lo anterior significa que la movilidad intergeneracional en salud es muy baja en México.

Hay diferencias regionales en la proporción de los que menos salud tienen que no alcanzan los años promedio de vida del país. En la región sur sureste (Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo) es de 89%, mientras que en la región

norte-occidente (Baja California Sur, Sinaloa, Colima, Durango y Zacatecas) es de 76%. En general, los estados del norte del país presentan una mayor movilidad en salud, es decir, una menor persistencia de la desventaja de los padres, mientras que las entidades federativas del centro ocupan una situación intermedia. Estas diferencias no se deben tanto a la influencia de la salud de los padres sobre la de los hijos, sino a otros factores.



La salud de los padres influye en la de los hijos, no por una cuestión genética sino porque la atención que han puesto los padres a su salud aproxima la que tendrán a la de los hijos. En los estados fronterizos del norte del país y la región centro-norte, diez años de vida adicional de los padres están asociados a 1.8 años de vida de los hijos en promedio. En la región sursureste el efecto de la salud de los padres es idéntico, mientras en el resto de las entidades federativas (el centro del país) el efecto es ligeramente mayor (entre 2 y 2,1 años). Esto significa que si bien la salud de los padres influye en la de los hijos hay otros factores que representan una diferencia mayor para la movilidad en salud.

Desigualdad de oportunidades y el sistema de salud

La desigualdad de oportunidades es la parte de la desigualdad de resultados atribuible a circunstancias

fuera del control de las personas. Para el caso de la salud, al menos el 45% de las diferencias en el índice de años de vida esperados son explicadas por factores que no dependen del esfuerzo personal. De tal desigualdad de oportunidades el 39% está ligado a la riqueza de los padres, 33% al sexo de la persona, 27% a la escolaridad de los padres y 1% a las diferencias entre zonas rurales y urbanas. Lo anterior significa que para que las personas tengan las mismas oportunidades de alcanzar la máxima vida posible el sistema de salud requiere compensar la fuerza desigualadora de estos factores.

La mayor movilidad en salud se encuentra asociada a quienes acceden a los servicios de salud a través de la seguridad social que les proporciona su trabajo. En el pasado, los adscritos al Seguro Popular eran los que tenían la segunda movilidad en salud más alta, mientras en último lugar se encontraban los que carecían de

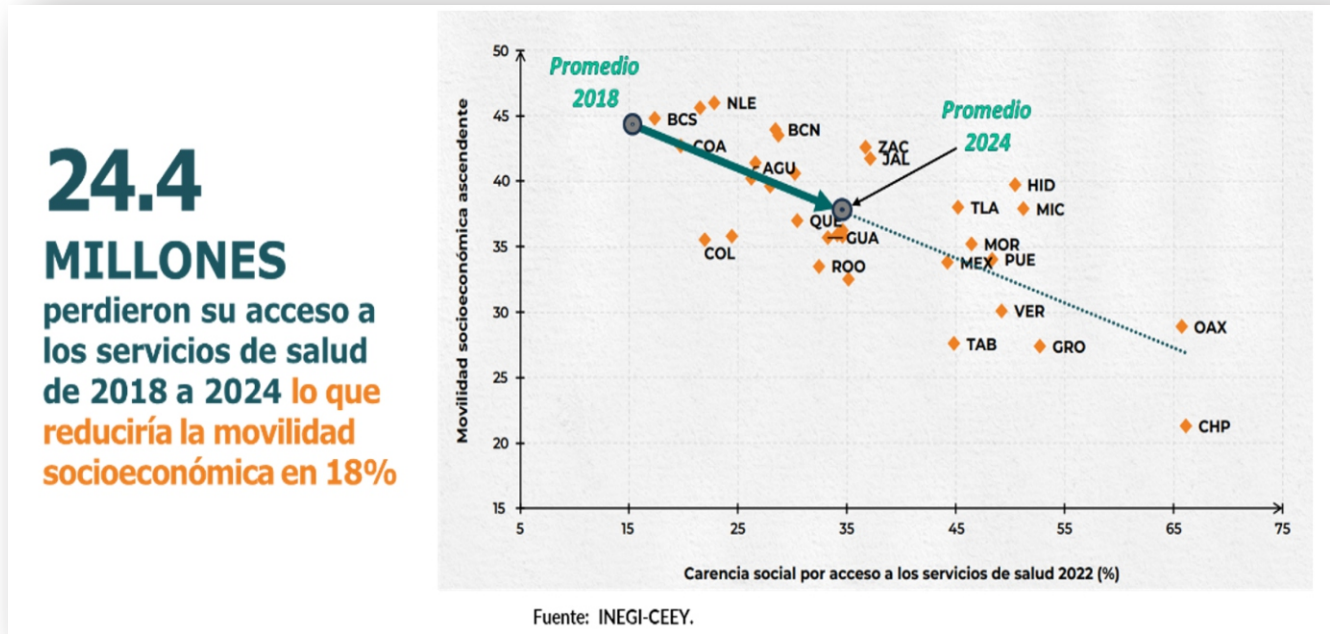
acceso a los servicios de salud. Pese a que la mayor movilidad se asociaba a quienes accedían a servicios de salud por un trabajo subordinado formal, los adscritos al Seguro Popular contribuían en mayor medida a la movilidad en salud (32.6%) al ser más que aquellos con seguridad social.

Las condiciones socioeconómicas en las que nacen las personas influyen decisivamente en su movilidad en salud, y el sistema de salud puede compensar o acentuar este efecto. En la medida en que la seguridad social se concentra en aquellos con mejores condiciones socioeconómicas de origen y aquellos sin acceso a los servicios de salud corresponden a los menos aventajados en otras dimensiones, se puede considerar que el sistema de salud tiene un papel compensatorio de las desventajas sociales muy limitado. También debe considerarse que el papel de los servicios de salud no se

limita a su efecto directo sobre la salud, pues también tiene impacto en otro tipo de movilidad social.

Servicios de salud y movilidad económica

Existe una relación inversa entre la carencia de servicios de salud y la movilidad económica de la población con menos recursos. Para identificar esta correspondencia es necesario visualizar a la población dividida en cien grupos del mismo tamaño (percentiles) ordenados de la menor a la mayor riqueza y tomar como referencia a uno de ellos, por ejemplo, el percentil 25 según la posición de sus padres. La movilidad económica, en este caso, se identifica observando a qué percentil llega el grupo de referencia según alguna de sus características como, por ejemplo, su carencia de acceso a los servicios de salud, según la medición definida por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (ver Gráfica 2).



Gráfica 2

Según la información para las entidades federativas, para por cada 10 puntos porcentuales de reducción en su carencia en el acceso a servicios de salud la población que se encontraba en el percentil 25 avanzaba 3.8 percentiles en la distribución de la riqueza. Aprovechando esta relación, se puede establecer que, en 2018, el percentil 25 de todo el país llegaba al

percentil 44 de riqueza al existir una carencia en acceso a servicios de salud de 16.2%. Para 2024 este avance se redujo a al percentil 37 al elevarse la carencia a 34.2%. Lo anterior significa que la pérdida de acceso a los servicios de salud que sufrieron 24.4 millones de personas significó una pérdida de movilidad económica nacional del 18%.

Comentarios finales

La movilidad en salud está influida por las características de los padres, particularmente por su riqueza y nivel educativo. La cobertura del sistema de salud compensa, aunque a veces refuerza, tales determinantes, afectando a su vez la movilidad económica. No es sólo la magnitud del acceso a los servicios de salud lo que determina la movilidad social, sino también la calidad de sus servicios, la cual, a su vez, dependen del presupuesto del sistema, su diseño institucional y su organización de funciones. Actualmente el sistema de salud opera con menos financiamiento del recomendado, dando un trato diferenciado al trabajo formal y duplicando tareas que podrían consolidarse.

Para elevar la movilidad en salud y en recursos económicos, se requiere aumentar el presupuesto del sistema de salud de 3% a 6% del PIB, siguiendo recomendaciones internacionales, construir gradualmente un sistema con iguales derechos a la salud sin importar el trabajo que se tiene o si se trabaja o no, y concentrar tareas dispersas como la captación y dispersión de recursos de los distintos subsistemas. En último término, se requiere alcanzar un sistema de salud de cobertura universal, unificado y que se financie con impuestos generales. Esto permitiría tener una base general para promover la igualdad de oportunidades para la movilidad en salud y en recursos económicos.



Rol del sistema de salud en la movilidad social

DR. RICARDO PÉREZ-CUEVAS



Resumen

La salud y la movilidad social están estrechamente interconectadas. Los sistemas de salud, al reducir las inequidades y proteger a las familias de gastos catastróficos, se convierten en motores estructurales de movilidad ascendente. La inversión en atención primaria, la protección financiera y la equidad generan oportunidades de desarrollo humano, de productividad y de cohesión social. Asimismo, la salud en la infancia y en la edad adulta influye en la educación, el empleo y los ingresos, mientras que la movilidad ascendente fortalece la sostenibilidad fiscal de los sistemas sanitarios. Este ensayo analiza los vínculos bidireccionales entre salud y movilidad social en América Latina, identifica barreras y factores facilitadores, y propone orientaciones de política pública para promover sistemas de salud inclusivos, equitativos y transformadores.

Introducción

La salud es un determinante fundamental de la movilidad social. Un estado de salud favorable mejora las oportunidades educativas y laborales, mientras que la enfermedad, la discapacidad y la falta de acceso a servicios de calidad perpetúan la pobreza y la exclusión²⁸. A su vez, los sistemas de salud —a través del acceso universal, la calidad, la equidad y la protección financiera— son instrumentos de redistribución social y cohesión nacional. En los países de América Latina,

donde la desigualdad estructural limita las oportunidades intergeneracionales, fortalecer los sistemas de salud constituye una estrategia central para promover la movilidad social ascendente.^{29,30}

La relación entre salud y movilidad social

La relación entre salud y movilidad social es bidireccional y multidimensional. Por un lado, la salud influye en las oportunidades de educación y empleo; por otro lado, las condiciones socioeconómicas determinan el acceso a los servicios y los resultados sanitarios. Las políticas de salud deben, por tanto, reconocer esta interdependencia. Un sistema de salud que garantiza la cobertura universal, la atención de calidad y la protección financiera reduce la estratificación social y contribuye al fortalecimiento del capital humano³¹.

La salud como motor de la movilidad ascendente

La salud es un motor estructural de la movilidad social. En la infancia, mejora la asistencia escolar, el desarrollo cognitivo y los logros educativos, que, a su vez, determinan el ingreso futuro³². En la edad adulta, la buena salud incrementa la productividad, la probabilidad de empleo y los ingresos, lo que fortalece la movilidad intergeneracional. Por el contrario, las enfermedades crónicas y la discapacidad generan ciclos de pobreza que limitan la movilidad ascendente y agravan la desigualdad³².

²⁸ Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press.

²⁹ World Bank. (2022). *Inequality and social mobility in Latin America: The road ahead*. Washington, DC: World Bank.

³⁰ United Nations Development Programme (UNDP). (2021). *Regional Human Development Report for Latin America and the Caribbean 2021: Trapped—High inequality and low growth*. New York.

³¹ Pan American Health Organization (PAHO). (2023). *Universal health in the Americas: Equity, resilience and recovery*. Washington, DC.

³² Heckman, J. J. (2007). The economics, technology, and neuroscience of human capability formation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(33), 13250–13255.

La movilidad social ascendente fortalece los sistemas de salud

La movilidad ascendente genera beneficios fiscales y políticos para los sistemas de salud. Una clase media más amplia, ensancha la base de contribuyentes, fortalece la cohesión social y aumenta la demanda por servicios de mayor calidad y de rendición de cuentas. Este proceso, al mejorar la sostenibilidad financiera, crea un círculo virtuoso entre el desarrollo social y el fortalecimiento del sistema sanitario³².

La relación entre los sistemas de salud y la movilidad social es directa y multidimensional.

Los objetivos intermedios de los sistemas de salud consisten en brindar acceso y calidad de la atención, y sus metas finales se orientan a lograr mejoras en el estado de salud, la protección financiera y la equidad. En consecuencia, esto tiene impacto tangible a través de un mejor desarrollo infantil, reducción de la carga de enfermedad y mejora de la expectativa de vida saludable. En la niñez y en poblaciones en edad productiva, su efecto es positivo y fomenta la movilidad social ascendente, lo que genera oportunidades y mejoras en los determinantes económicos y sociales, y a su vez contribuye al diseño de los sistemas de salud.

Los sistemas de salud como ecualizadores sociales

Un sistema de salud equitativo actúa como un ecualizador social. El acceso universal a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación reduce las brechas de salud entre los grupos socioeconómicos. La protección financiera —a través del aseguramiento, los subsidios o los impuestos progresivos— previene la movilidad descendente derivada por gastos catastróficos³³. Asimismo, la inclusión geográfica y social puede lograrse mediante la expansión de las redes rurales, la telesalud y los servicios móviles.

Barreras estructurales y movilidad descendente

Los sistemas de salud débiles e inequitativos constituyen barreras y riesgos para la movilidad social. Los

sistemas de salud inequitativos paralizan la movilidad o bien favorecen la movilidad descendente. El pago de bolsillo de gastos relacionados con la salud, el riesgo de gastos catastróficos, los esquemas de aseguramiento fragmentados y las brechas público-privadas son factores de riesgo para la movilidad social descendente. La precariedad del acceso a servicios de salud y la mala calidad de la atención tienen consecuencias negativas en el estado de salud de los individuos, lo que reduce sus capacidades y oportunidades de desarrollo. En América Latina persisten esquemas segmentados de aseguramiento, desigualdades público-privadas y altos niveles de gasto de bolsillo, que paralizan la movilidad social. La transmisión intergeneracional de la pobreza se refuerza por la falta de acceso a servicios de salud en la niñez y a la discriminación estructural por género, etnicidad o geografía³¹.

Primera infancia y movilidad intergeneracional

Las intervenciones en la primera infancia son determinantes para romper los ciclos de pobreza y promover la movilidad ascendente. Los servicios integrados de salud, educación y protección social mejoran el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico. Un marco estratificado del desarrollo infantil permite vincular la equidad en salud con la movilidad intergeneracional. Programas que subsidian transporte y alojamiento para mujeres embarazadas en zonas rurales —como el implementado en Nicaragua— muestran resultados positivos en la atención institucional del parto y la reducción de la mortalidad neonatal³⁴.

La inversión en atención primaria como estrategia de movilidad

La atención primaria de salud (APS) es un instrumento eficaz para promover la movilidad social, al reducir la carga de enfermedad y favorecer el desarrollo educativo y laboral. Experiencias como la Estrategia de Salud Familiar en Brasil y el modelo de atención primaria de la Caja Costarricense de Seguro Social demuestran que la inversión sostenida en APS mejora la equidad, reduce hospitalizaciones evitables y amplía la inclusión territorial³¹. La APS, además, integra políticas intersec-

³³ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). A broken social elevator? How to promote social mobility. OECD Publishing.

³⁴ Bancalari, A., Bernal, P., García, M. F., Ibarrarán, P., Monin, E., & Zúñiga, P. (2024). Using subsidies to enhance access to maternal and newborn healthcare in remote villages (IDB Working Paper No. 01602). Inter-American Development Bank.

toriales en vivienda, nutrición, saneamiento y educación, lo que potencia sus efectos de movilidad³⁵.

Experiencias latinoamericanas

En la región, coexisten modelos que facilitan y otros que obstaculizan la movilidad. Uruguay y Costa Rica han alcanzado una cobertura casi universal mediante la integración institucional. Brasil, con su Estrategia de Salud Familiar, redujo las inequidades en las hospitalizaciones evitables. México logró reducir el gasto catastrófico entre 2003 y 2018, aunque desde 2019 el gasto de bolsillo volvió a aumentar. En contraste, países como Guatemala y Honduras enfrentan altos niveles de gasto catastrófico (>10% y >50%, respectivamente) y limitaciones en la infraestructura y en los recursos humanos. Estas experiencias evidencian que la gobernanza, la integración y la inversión sostenida son claves para que los sistemas de salud impulsen movilidad social.

Orientaciones de política pública

Para fortalecer el vínculo entre salud y movilidad social en América Latina, se proponen las siguientes líneas de política:

- Gobernanza e inclusión: garantizar derechos legales de cobertura al 95% de la población, con un enfoque intercultural e inclusivo hacia las poblaciones

indígenas, migrantes y LGBTQ+.

- Calidad y aseguramiento: establecer mecanismos de acreditación y formación continua, con financiamiento estable para medicamentos y tecnologías esenciales.
- Protección financiera: avanzar hacia esquemas de financiamiento mancomunado y subsidios a trabajadores informales; meta: <10% de hogares con gasto catastrófico.
- Equidad territorial: expandir la cobertura de APS al ≥90% de la población mediante telemedicina y redes rurales.

Estas medidas consolidan los sistemas de salud como motores de equidad y movilidad ascendente.

Conclusiones y recomendaciones

Los sistemas de salud son tanto cimiento como detonante de la movilidad social. Invertir en salud es invertir en capital humano, cohesión social y productividad económica. Las políticas públicas deben concebir la salud no solo como resultado del desarrollo, sino también como palanca estructural para reducir la desigualdad y promover la justicia social. En el contexto latinoamericano, avanzar hacia sistemas de salud universales, integrados y financieramente sostenibles constituye una condición indispensable para garantizar que la movilidad ascendente sea posible para todas las personas, independientemente de su origen social.



³⁵ Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization

El sistema de salud mexicano y la movilidad social

DR. ADOLFO MARTÍNEZ VALLE

PROFESOR ASOCIADO C, CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS, POBLACIÓN Y SALUD, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



Este capítulo plantea primero cómo los sistemas de salud incluyentes y efectivos pueden impulsar la movilidad social. En segundo lugar, identifica los principales retos que enfrenta el sistema de salud en México para fortalecerse y estar en condiciones de ser un factor promotor de la movilidad social. Finalmente, propone un conjunto de estrategias para abordar estos desafíos.

Los sistemas de salud cuando se caracterizan por ser incluyentes y efectivos generan mejores resultados en salud. Este mejor estado de salud produce capital humano desarrollando capacidades, el cual a su vez crea mayor igualdad de oportunidades. Estas oportunidades en condiciones de mayor igualdad impulsan la movilidad social. Por ello es crucial construir sistemas de salud incluyentes y efectivos que permitan promover equitativamente la salud primero para después fomentar la movilidad social en países como México.

Principales retos del sistema de salud asociados a la movilidad social

Construir un sistema de salud incluyente y efectivo en México implica enfrentar seis desafíos. El primero es abordar la creciente carga de las enfermedades crónicas, la cuales en años recientes se han convertido en las principales causas de muerte como lo ilustra el Cuadro 1.

El segundo reto es abordar el carácter excluyente del sistema de salud, el cual todavía discrimina el acceso a los servicios de salud en México por las condiciones laborales de los usuarios. El sistema desde hace más de ochenta años sigue segmentando a la población en derechohabiente de la seguridad social de la que no

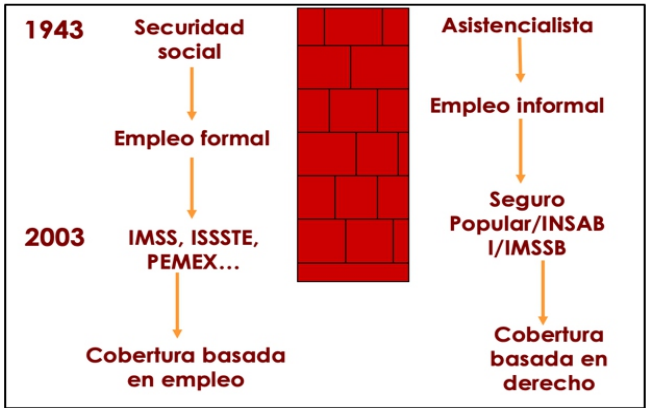
tiene derecho a la seguridad social como lo muestra la Figura 2. La población con acceso a instituciones de seguridad como el IMSS, ISSSTE y Pemex suele recibir una mayor cobertura que la población sin seguridad social, aunque esas brechas se redujeron gradualmente con el Seguro Popular y han vuelto a ampliarse con el INSABI y el IMSS Bienestar.

Cuadro 1. Principales causas de muerte, 1990-2019

Causa	2009	2019	cambio en muertes por 100,00
Cardiopatías isquémicas	1	1	21.6
Diabetes	3	2	16.6
Enfermedad renal crónica	2	3	12.1
Cirrosis	4	4	6.1
Enfermedad vascular cerebral	5	5	3.7
EPOC	6	6	5
Violencia interpersonal	9	7	7.6
Alzheimer	11	8	5.1
Infecciones Respiratorias	10	9	1.6
Por vehículo automotor	7	10	-1.7

Fuente: Elaboración propia con base en GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, Lancet 2020.³⁶

Figura 2. Sistema de salud en México basado en las condiciones laborales de la población



³⁶ Murray, Christopher J L et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, Volume 396, Issue 10258, 1223 – 124. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30752-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30752-2/fulltext). Consultado en línea el 29 de agosto de 2025.

Esta persistente inequidad se manifiesta en cómo la población sin afiliación a servicios de salud ha crecido en años recientes, revirtiendo casi dos décadas de disminución como lo muestra la Gráfica 1. El porcentaje de la población no afiliada rebasó el 50 por ciento de la población total en 2024, casi el mismo porcentaje que tenía en el año 2000.

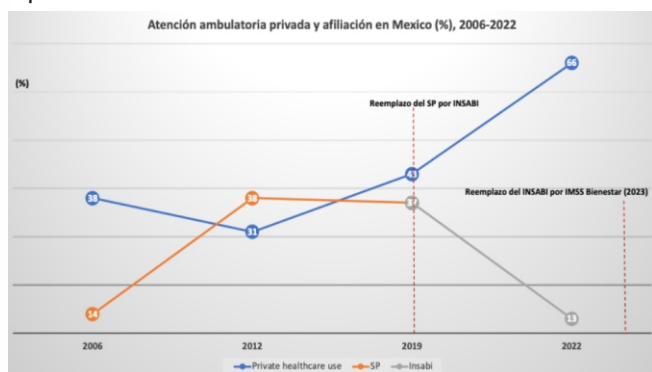
Gráfica 1. Población por tipo de afiliación



Fuente: Elaboración propia con datos de las ENIGH 2000-2024.³⁷

Este aumento en el porcentaje de la población sin afiliación entre 2018 y 2024 empezó a manifestarse desde que el INSABI sustituyó al Seguro Popular en 2019. La afiliación, sin embargo, no impidió que la población con acceso a los servicios públicos, incluyendo la derechohabiente de la seguridad social atendiera sus problemas de salud en el sector privado, particularmente en el ámbito ambulatorio como lo muestra la Figura 3.

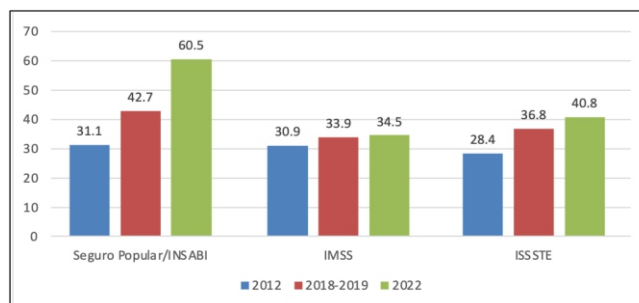
Figura 3. Atención ambulatoria en el sector privado por tipo de afiliación.



Fuente: EElaboración propia con datos de las Cuentas Nacionales de Salud³⁸ y ENSANUT³⁹

Este incremento en la utilización de servicios privados de salud inició desde el 2012 cuando representaba el 31 por ciento la utilización total de servicios ambulatorios y aumentó de 43 a 66 por ciento entre 2019 y 2022. La Gráfica 2 muestra este incremento en el uso de los servicios ambulatorios privados, tanto en la población afiliada al Seguro Popular o al INSABI y en menor medida en los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE.

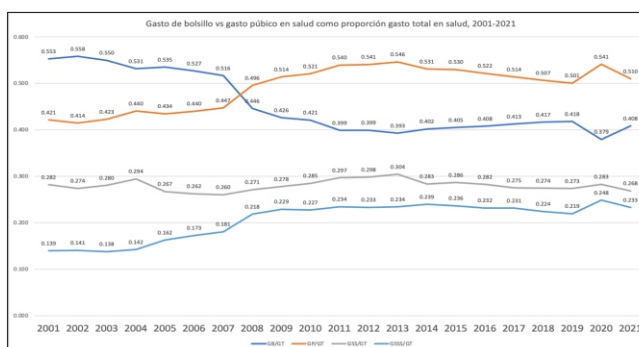
Gráfica 2. Utilización de servicios privados ambulatorios por institución pública, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con datos de las ENSANUT 2012, 2018-2019 y 2022.⁴⁰

Esta mayor utilización de servicios privados provocó a su vez un incremento del gasto de bolsillo. La Gráfica 3 muestra cómo entre 2001 y 2008 el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud era mayor al gasto público en salud. Desde ese año cuando un porcentaje importante de la población objetivo del Seguro Popular estaba ya afiliada hasta el 2017, el gasto público superó al gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.

Gráfica 3. Tipo de gasto como porcentaje del gasto total en salud.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. SICUENTAS. 2001-2021.³⁸

³⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Datos de la ENIGH 2000-2024. Aguascalientes: INEGI, 2025.

³⁸ Secretaría de Salud. SICUENTAS, 2001-2021. CDMX: Dirección General de Información en Salud, 2024..

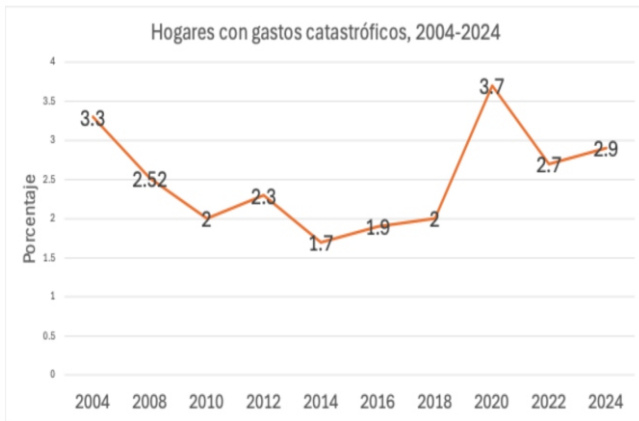
³⁹ Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, 2018-2019 y 2022. Cuernavaca: INSP, 2023.

⁴⁰ México Evalúa. Situación del gasto en salud de los hogares en México: 2018 vs 2024. CDMX: México Evalúa, 2025. Disponible en <https://infogram.com/gasto-en-salud-enigh-2024-1hmq410p5mop23>. Consultado en línea el 30 de agosto de 2025..

Sin embargo, a partir de 2017 el gasto de bolsillo creció cuando el gasto público disminuyó. El gasto público creció para enfrentar la pandemia por COVID19 en 2020 y el gasto de bolsillo disminuyó, pero volvió a crecer desde 2021 hasta la fecha en 2024, según la más reciente Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH).

El gasto de bolsillo como fuente privada de financiamiento afecta de manera desproporcionada a los hogares de menores ingresos y puede llegar a generar gastos catastróficos en salud como lo ha hecho recientemente. La Gráfica 4 muestra cómo durante casi 15 años, el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos (más del 30 por ciento de su ingreso disponible después de realizar gastos básicos de alimentación) mantuvo una tendencia estable, alrededor de 2 por ciento en promedio. Aunque tuvo un repunte de 3.7 por ciento en 2020 ocasionado por la pandemia por COVID19. Ya sin los efectos de la pandemia, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos aumentó a casi 3 por ciento en 2024, un nivel similar al que tenía hace veinte años.

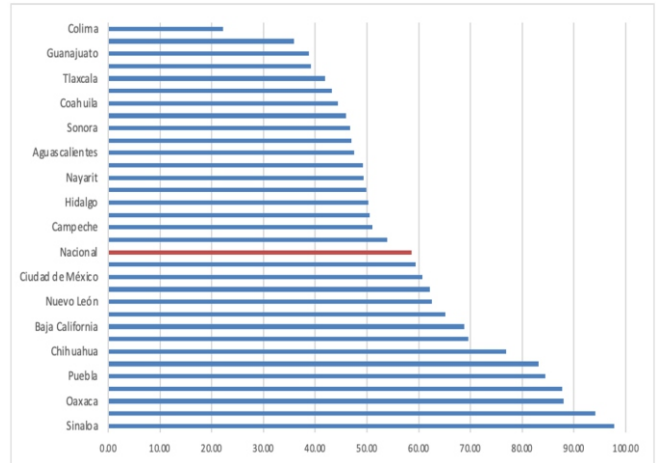
Gráfica 4. Hogares con gastos catastróficos en salud



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH y de México Evalúa.⁴⁰

El reto no es solamente disminuir las inequidades entre instituciones públicas y privadas de salud. También significa un desafío importante abordar las persistentes inequidades en salud entre entidades federativas. La Gráfica 5 muestra la heterogeneidad de las tasas de mortalidad materna en 2021 entre las entidades federativas.

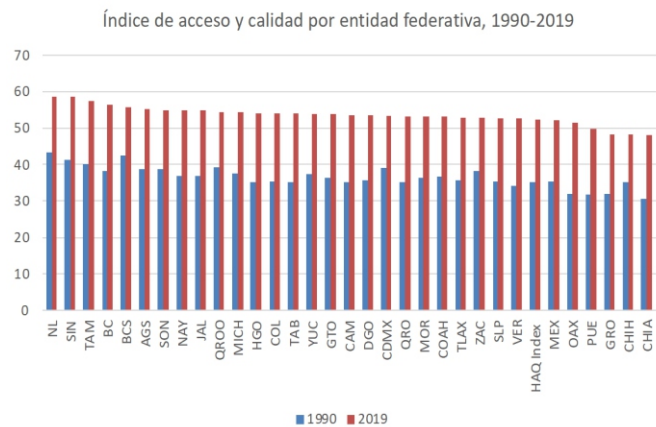
Gráfica 5. Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos 2021



Fuente: Elaboración propias con datos de la Secretaría de Salud.⁴¹

Estas disparidades están asociadas a la calidad de los servicios públicos. La Gráfica 6 muestra los menores índices de acceso y calidad en entidades como Chihuahua, Puebla y Oaxaca, las cuales presentan también tasas de mortalidad materna altas.

Gráfica 6. Índice de acceso y calidad por entidad federativa, 1990-2019



Fuente: Elaboración propia con datos del IHME 2022.³⁶

Finalmente, fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud también es un reto importante. Después de un mal desempeño durante la pandemia y recortes en su presupuesto desde entonces, la Secretaría de Salud debe volver a asumir la cabeza del sector, donde ha

⁴¹ Secretaría de Salud. Sistema de Información de la Secretaría de Salud. CDMX: DGIS, 2023. Disponible en <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS>. Consultado en línea el 1 de septiembre de 2025..

perdido relevancia en la conducción y desempeño de políticas de salud prioritarias como la vacunación infantil, la cual recientemente dejó desprotegidos sin vacunas a 340,000 niños en 2024 según un reciente reporte de la OMS y la UNICEF.

Estrategias para abordar estos retos

Para enfrentar estos retos, se propone recuperar buenas prácticas, tanto aquellas ya implementadas en México como las realizadas en otros países, las cuales se presentan a continuación:

- Fortalecer la rectoría, lo cual implica definir el rumbo a seguir, identificando prioridades, estableciendo las diferentes funciones y creando sinergias con objetivos compartidos entre las instituciones públicas y privadas, no solamente las de salud, sino también las que pueden incidir en la salud, como educativas, de transporte y movilidad, vivienda y bienestar.
- Diseñar una arquitectura financiera como lo hizo México con el Seguro Popular que permita organizar el sistema, ordenar las diversas fuentes de financiamiento y estimar cuantos recursos se requieren para plasmar la visión y las prioridades definidas como lo hizo Chile con el Plan AUGE.
- Recaudar más recursos para la salud como lo está proponiendo la actual administración con el incremento de impuestos a productos nocivos para la salud como el tabaco y las bebidas azucaradas.

- Mancomunar recursos financieros a través de fondos solidarios como lo hizo Uruguay con su Fondo Nacional de Salud para poder subsidiar a la población más vulnerable en términos de salud y de menores ingresos.
- Asignar más inteligentemente los recursos, pagando por desempeño como el Plan Nacer en Argentina.
- Sustentar el sistema de salud en la atención primaria como en Costa Rica y Brasil.
- Colaborar con otros sectores para contribuir a reducir inequidades en salud en espacios sinérgicos como las escuelas públicas como lo está impulsando actualmente la Estrategia Vive Saludable, Vive Feliz en México.

Conclusiones

En suma, el desafío dual de mejorar el sistema de salud y fomentar la movilidad social en México requiere un enfoque integral. Al planear mejor, abordar la carga de enfermedades crónicas, reducir las inequidades, invertir en atención primaria y optimizar el gasto, México puede construir un sistema de salud más incluyente y efectivo. Esto, a su vez, promoverá mejores resultados en salud y mayor movilidad social para toda la población, si se emplean estrategias y políticas basadas en evidencia dirigidas a generar mayores oportunidades.



Movilidad social y servicios de salud en México

DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO

PROFESORA-INVESTIGADORA

UAM-XOCHIMILCO Y CONSULTORA EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD, OPS/OMS MÉXICO.



La forma de organización de una sociedad es clave para entender cómo se configuran diversos procesos sociales y relaciones de poder, que se expresan en formas desiguales de producción, consumo y atención a las necesidades humanas.

En las formaciones capitalistas, estos procesos expresan la contradicción entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que devienen en relaciones económicas de explotación y exclusión y, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas.⁴² Así, las desigualdades sociales sintetizan relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros.⁴³

El Estado como espacio de condensación de relaciones de fuerza, regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social, idealmente debería intervenir con una lógica redistributiva y garante de derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), entre ellos el derecho a la salud.⁴⁴

La capacidad de una sociedad para garantizar derechos, redistribuir bienes y servicios esenciales y promover el bienestar colectivo, se expresa en la reducción de pobreza y desigualdades y en la movilidad social, donde personas, familias y comunidades mejoran su posición socioeconómica.

La movilidad intergeneracional estructural supone la expansión de recursos disponibles a lo largo de toda la distribución de ingresos o en segmentos específicos y está ligada a procesos de crecimiento económico. Por su parte, la movilidad intergeneracional posicional se relaciona con la noción de igualdad de oportunidades, en tanto que se refiere a la relación entre la posición actual y la posición de origen de la persona.⁴⁵

Movilidad social y servicios de salud

Entre las dimensiones que tienen mayor peso para la movilidad social en México se identifican: La condición económica: 50 de cada 100 personas que nacen en la parte baja de la escala de recursos económicos (el 20% inferior de la distribución) no logran superarla durante su edad adulta.

El género. Se reconoce una menor movilidad social para las mujeres. Esta situación se exacerba por el origen étnico, el color de piel y la región donde se nace. El territorio o región: En el centro-norte, 31 de cada 100 personas que nacen en la posición más baja de recursos económicos (el 20% inferior) no lograron superarla durante su edad adulta, mientras que en la región sur dicha proporción es de prácticamente el doble: 64 de cada 100 personas.⁴⁵

El acceso a servicios educativos, de salud, de cuidados: quienes tienen padres con un nivel educativo más alto cuentan con una probabilidad 7 veces mayor de alcanzar estudios profesionales que aquellas personas con padres que terminaron la primaria o menos.²⁴

⁴² López O. y Blanco J. Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Salud Problema, Nueva Época, 8(14-15):7-16, 2003.

⁴³ López O. Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 49, p. 144-150, outubro 2013 (ISSN 0103-4383).

⁴⁴ López S. y López O. El derecho a la salud como derecho humano fundamental (2019). En: Martínez M.A., Staines G., Lara N., Tamez S. y Correa E. (Orgs.) La salud y su atención, investigación y experiencias. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, pp. 17- 40.

⁴⁵ Monroy-Gómez-Franco, Luis Ángel y Vélez Grajales, Roberto (2025). Informe de movilidad social en México 2025: la persistencia de la desigualdad de oportunidades. Centro de Estudios Espinosa Yglesias.CEEY_Informe de movilidad social en México 2025.pdf.

Las personas nacidas en hogares pobres enfrentan barreras estructurales que limitan su capacidad de mejorar su situación socioeconómica y el mercado laboral, los sistemas educativo, de salud y de cuidados, lejos de promover la equidad, con frecuencia condensan y reproducen las desigualdades.

En México, las brechas en cobertura, calidad y oportunidad de la atención médico-sanitaria y las inequidades en el acceso efectivo a servicios de salud no han contribuido a romper los circuitos de pobreza, especialmente en comunidades rurales, indígenas y marginadas.

Entre los datos relevantes sobre movilidad social y servicios de salud en México⁴⁶ ⁴⁷ destacan:

- 50% de quienes nacen en pobreza siguen siendo pobres en la adultez. Solo 2 de cada 100 logran llegar al quintil más alto de ingresos.
- En 2024, a nivel nacional, 48.2 por ciento de la población presenta carencia de acceso a seguridad social.
- En 2024, en el ámbito urbano, 41.5 millones de personas presentaron esta carencia y en el rural, 21.2 millones.
- En 2024, a nivel nacional, 44.5 por ciento de la población presenta carencia por acceso a servicios de salud.
- En 2024, en el ámbito urbano, 30.6 millones de personas presentaron esta carencia y en el rural, 13.9 millones.
- El gasto de bolsillo en salud representa el 42.1% del gasto total en salud, más del doble de lo recomendado por la OPS (20%).
- 1.11 millones de hogares incurrieron en gastos catastróficos en salud, afectando a más de 3.5 millones de personas.
- 287,000 hogares cayeron en pobreza por gastos médicos.

Principales problemas identificados

- Persistencia intergeneracional de la pobreza.
- Desigualdades de género y origen étnico en el acceso a servicios.

- Inequidades en el acceso a servicios de salud sobre todo en zonas rurales y marginadas que enfrentan barreras geográficas, económicas, culturales y organizacionales.
- Fragmentación del sistema de salud por la coexistencia de múltiples subsistemas (IMSS, ISSSTE, IMSS-BIENESTAR, Sistemas estatales, servicios privados, entre otros) que genera inequidades en cobertura, acceso y calidad.
- Falta de protección financiera: Los gastos de bolsillo siguen siendo elevados, afectando desproporcionadamente a los hogares más pobres.
- Débil articulación intersectorial: salud, educación, vivienda y empleo no están suficientemente integrados para generar sinergias que impulsen la movilidad social.

Avances recientes

A pesar de los problemas estructurales, se identifican algunos avances entre 2022 y 2024⁴⁸, ⁴⁹:

- La carencia de acceso a seguridad social disminuyó dos puntos porcentuales: pasó de 50.2 a 48.2% de la población.
- La carencia por acceso a la seguridad social se redujo en 28 entidades federativas. Los tres estados con mayores disminuciones fueron Querétaro (de 43.2 a 37.4 %), Guanajuato (de 50.2 a 46.0 %) y Zacatecas (de 57.0 a 52.9 %). En contraste, San Luis Potosí (de 48.2 a 51.2 %), Colima (de 35.9 a 37.3 %) y Guerrero (de 71.6 a 72.6 %) fueron las entidades que presentaron un mayor aumento en dicha carencia.
- El porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional disminuyó de 39.1 a 34.2 por ciento.
- La carencia por acceso a los servicios de salud se redujo en 27 entidades federativas. La entidad con mayor reducción fue Oaxaca (de 65.7 a 43.9 %). Siguieron Guerrero (de 52.7 a 38.9 %) y Tabasco (de 44.8 a 35.1 %). Por su parte, en cinco entidades aumentó la carencia: las de mayor incremento fueron Baja California Sur (de 17.3 a 19.6 %) y Colima (de 21.9 a 24.0 %).
- En el país, entre 2018 y 2024, 13.4 millones de personas salieron de la situación de pobreza y la

⁴⁶ INEGI. Módulo de Movilidad Social Intergeneracional (MMSI). <https://en.www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/3556>.

⁴⁷ CONEVAL. Evaluación Integral del Derecho a la Salud 2023-2024.

https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2024/Comunicado_15_Evaluacion_Integral_Salud.pdf.

⁴⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi] (agosto 2025). Pobreza multidimensional 2024. Presentación de resultados. INEGI. https://inegi.org.mx/contenidos/desarrollosocial/pm/doc/pm_presentacion_2024.pdf

⁴⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi] (13 de agosto de 2025). Pobreza multidimensional (PM) 2024. Nota técnica. https://www.inegi.org.mx/contenidos/desarrollosocial/pm/doc/pm_nota_tecnica_2024.pdf.

pobreza extrema también se redujo de 7 por ciento a 5.3, lo que significa 1.7 millones menos de personas en pobreza extrema.

- La persistencia en pobreza sigue siendo alta, pero la reducción reciente en la incidencia de la pobreza se tradujo también en una disminución de la persistencia intergeneracional.
- La reducción de la incidencia en pobreza extrema de 3 puntos porcentuales se tradujo en una disminución del doble en la persistencia intergeneracional de este indicador.

En la región norte la persistencia intergeneracional en pobreza extrema se redujo únicamente en 2 puntos porcentuales (del 10% al 8%), en el centro-norte dicha reducción fue de 9 puntos porcentuales (del 26% al 17%) y la región sur presenta el mayor avance en términos absolutos, al pasar del 53% en 2017 al 40% en 2023.¹³

- En 2017, la persistencia intergeneracional resulta del 72%; para 2023, dicha proporción se reduce al 65%. Es decir, la persistencia intergeneracional de la pobreza en México se redujo en 7 puntos porcentuales; si se considera como grupo de origen el 20% con menos recursos económicos, la persistencia intergeneracional de la pobreza es del 79% en 2017 y del 73% en 2023.¹³
- En el periodo 2017-2023 se muestra una reducción en la desigualdad de oportunidades y en un incremento de la libertad de pobreza para la mayoría de la población mexicana de entre 25 y 64 años.¹³

Estrategias de política pública para incidir en la movilidad social

1. Universalización del acceso efectivo a servicios de salud

- Fortalecer el modelo de atención primaria con enfoque territorial.
- Expandir la cobertura de servicios esenciales en zonas de alta marginación.
- Priorizar infraestructura en estados con mayor rezago: Chiapas, Oaxaca, Puebla, Guerrero.
- Garantizar el abasto de medicamentos y la atención oportuna y resolutive sobre todo en los niveles ambulatorios y de primer contacto.
- Implementar mecanismos de monitoreo de la calidad y de resultados en salud.

2. Protección financiera

- Consolidar un sistema universal de salud con

financiamiento progresivo.

- Implementar mecanismos de gratuidad efectiva en los servicios públicos.
- Ampliar el acceso a medicamentos gratuitos mediante compras consolidadas.
- Ampliar la cobertura efectiva del IMSS-BIENESTAR.
- Reducir el gasto de bolsillo al menos al 20% del gasto total en salud.

Integración intersectorial para romper circuitos de pobreza

- Vincular programas de salud con educación, vivienda y empleo.
 - Establecer rutas de atención integral para familias en situación de pobreza extrema.
 - Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención
 - Promover la atención en los primeros 1000 días de vida.
 - Promover políticas de salud con enfoque de determinantes sociales.
- #### **4. Participación comunitaria y rendición de cuentas**
- Fortalecer mecanismos de participación ciudadana en la planeación local de servicios.
 - Crear observatorios ciudadanos de salud, equidad y movilidad social.
 - Promover auditorías sociales en el gasto público en salud.
 - Implementar mecanismos de transparencia proactiva del gasto público en salud.
 - Capacitar líderes comunitarios como promotores de equidad en salud

Recomendaciones generales

1. Priorizar inversiones en salud como estrategia de movilidad social en el próximo ciclo presupuestal.
2. Convocar mesas intersectoriales para diseñar intervenciones integradas en territorios prioritarios.
3. Establecer indicadores de impacto en movilidad social dentro de los sistemas de evaluación de programas y servicios de salud.

Reflexiones finales

La política de bienestar y la perspectiva de derechos del gobierno de México es un marco propicio para incidir en la movilidad social, pero se requiere de estrategias para la inclusión y la reducción de desigualdades e inequida-

des como componentes esenciales de la política pública. Así como, de políticas sociales y de empleo que favorezcan la movilidad social sostenida en el tiempo.

En el campo sanitario, es imperativo avanzar en la consolidación de un sistema universal con cobertura y acceso efectivo a servicios de salud.

La salud es un derecho y una herramienta poderosa para mejorar y transformar vidas. Invertir en servicios de salud equitativos y de calidad es promover bienestar y configurar un futuro más igualitario, donde en México, el origen deje de ser destino. Actuar ahora para que la salud sea un derecho y un puente hacia una sociedad más justa y con bienestar.



Salud y Finanzas Públicas en México: Financiamiento e Implicaciones

DRA. JUDITH SENYACEN MÉNDEZ MÉNDEZ

DIRECTORA ADJUNTA DE INVESTIGACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA, A.C. (CIEP).



La salud ocupa un lugar central en el bienestar de las personas y en la prosperidad de las naciones. No solo se trata de un derecho humano reconocido en la Constitución mexicana, sino también de un factor clave para la productividad, el desarrollo económico y la cohesión social. Sin embargo, en México este derecho se ejerce de manera desigual: la calidad y oportunidad de los servicios de salud dependen, en buena medida, del nivel socioeconómico, del tipo de empleo y de la afiliación institucional. Dentro de las inequidades del sistema de salud, la financiera es una de ellas.

Los hallazgos más recientes del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) ponen en evidencia tres realidades preocupantes. En primer lugar, que el país aún no ha alcanzado la cobertura universal en salud, al contrario, cada vez se aleja más; en segundo, que el gasto público en el sector está muy por debajo de los estándares internacionales, lo que limita la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población; y en tercero, que las desigualdades en la asignación de recursos perpetúan brechas entre quienes cuentan con seguridad social y quienes dependen de los servicios destinados a la población sin afiliación formal.

Este análisis cobra especial relevancia en un momento en que el sistema de salud enfrenta la convergencia de tres grandes presiones: el cambio epidemiológico, con enfermedades crónicas cada vez más prevalentes; el envejecimiento poblacional, que incrementará la demanda de servicios hospitalarios y de cuidados de largo plazo; y un contexto fiscal en el que los recursos

son limitados y la competencia con otros sectores del gasto público es mayor.⁵⁰

En las páginas que siguen se desarrolla un análisis detallado de la situación actual del sistema de salud mexicano, con énfasis en tres ejes: la cobertura universal como meta pendiente, el financiamiento público insuficiente y las implicaciones de estas condiciones en términos de gasto, equidad y sostenibilidad.

La cobertura universal no se alcanza por decreto

Hablar de cobertura universal implica garantizar que todas las personas, sin importar su condición económica, geográfica o laboral, tengan acceso a servicios de salud oportunos, de calidad y sin enfrentar barreras financieras.⁵¹ No se trata únicamente de que la población esté afiliada a alguna institución, sino de que efectivamente pueda recibir atención médica cuando la necesita.

En México, este objetivo se encuentra aún lejos de cumplirse. En primer lugar, en términos de afiliación, en 2018 se tenían porcentajes alrededor del 85%; sin embargo, es necesario enfatizar que afiliación no es sinónimo de cobertura. Para 2024, la afiliación al sistema público ronda el 64%.⁵² En segundo lugar, los paquetes de servicios siguen siendo heterogéneos, con paquete que van desde una lista de 50 intervenciones específicas en lo que era el programa IMSS Bienestar, que ahora con el OPD IMSS Bienestar no está claro cuál será este catálogo de servicios hasta cirugías estéticas y cosméticas en las personas con acceso a los servicios

⁵⁰ Shafik, M. (2021). *What We Owe Each Other: A New Social Contract for a Better Society*. Princeton University Press.

⁵¹ OMS. (octubre de 2023). Cobertura Sanitaria Universal (CSU). Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

⁵² INEGI. (julio de 2025). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2024/>.

médicos de Pemex.⁵³ Finalmente, en la variable presupuestaria, México destina menos de la mitad de un mínimo sugerido con 2.6% del PIB para 2026 cuando la sugerencia mínima internacional es 6% del PIB.⁵⁴ Ninguna de las tres dimensiones de la cobertura —afiliación, paquetes de servicios y presupuesto— se ha alcanzado plenamente.

Afiliación desigual

En los hogares con menores ingresos, más de la mitad de la población reporta no tener ninguna afiliación a un esquema público de salud. Este dato refleja la vulnerabilidad de los sectores más pobres, quienes deberían ser precisamente los más protegidos por la política social. Incluso en los hogares de mayores ingresos, el 14.2 % carece de afiliación, lo que muestra que la fragmentación del sistema no es un problema exclusivo de los más desfavorecidos.⁵⁵

Acceso efectivo limitado

La afiliación, además, no garantiza la atención. Datos recientes muestran que, en el IMSS, el 71.3 % de las personas afiliadas tuvieron alguna necesidad de salud, pero solo 4 de cada 10 pudieron ser atendidas en la institución. En IMSS-Bienestar, la situación es similar: el 79.5 % de los afiliados reportaron necesidades médicas, pero solo 40 % accedió efectivamente a los servicios. Esta brecha entre afiliación y atención efectiva erosiona la confianza de la población en el sistema y obliga a muchas familias a buscar alternativas privadas, generalmente financiadas con gasto de bolsillo.⁵⁵

Paquetes heterogéneos

El sistema de salud mexicano es notoriamente fragmentado. Los servicios ofrecidos varían según la institución de afiliación: IMSS, ISSSTE, Pemex, IMSS-Bienestar, entre otros. Cada subsistema cuenta con su propio financiamiento, su propia infraestructura y sus propios paquetes de atención, lo que genera inequidad y duplicación de esfuerzos. En la práctica, el acceso y la calidad dependen de dónde y cómo esté afiliada la persona, lo que contradice el principio de universalidad.⁵⁶

Finanzas públicas y salud: la brecha estructural

Uno de los mayores retos del sistema de salud mexicano es su financiamiento. Para 2026, el gasto público en salud alcanzaría 2.6 % de su Producto Interno Bruto (PIB), por debajo de la recomendación internacional de al menos 6 % del PIB para garantizar una cobertura universal y por debajo de las estimaciones que se han hecho con diversas metodologías.⁵⁷

Una brecha que se amplía

Esta diferencia de 3.5 puntos del PIB no es solo una cifra abstracta, se podría reflejar en falta de insumos, de equipo, de personal médico insuficiente y servicios de prevención limitados. Mantener un gasto en salud tan bajo significa que el sistema opera en condiciones de permanente escasez, lo que se traduce en largas listas de espera, falta de insumos y deterioro en la calidad de la atención.

Distribución desigual del presupuesto

La asignación presupuestaria revela prioridades que no siempre responden a criterios de equidad. El IMSS y el ISSSTE recibieron incrementos de 16 mil 459 mdp y 2 mil 195 mdp, respectivamente, mientras que IMSS-Bienestar, que atiende a la población más vulnerable, tuvo un aumento de 31 mil 207 mdp. Sin embargo, este incremento fue contrarrestado por un recorte de 60 134 mdp al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que financia a los sistemas estatales, y por una reducción del 34 mil 421 mdp en la Secretaría de Salud. Además, programas específicos como *Salud Casa por Casa* representan apenas el 0.21 % del gasto total en salud, lo que refleja una estrategia fragmentada y sin un financiamiento sólido detrás.

Desigualdades per cápita

La inequidad es evidente al analizar el gasto per cápita (gpc). Para 2025, el gpc en IMSS-Bienestar sería de 4,225 pesos, frente a 9,635 en el IMSS y 11,531 en el ISSSTE. Esto significa que las personas sin seguridad social —quienes suelen enfrentar mayores condiciones de vulnerabilidad— dispondrán de menos de la mitad

⁵³ CIEP. (2018). Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento. Obtenido de <https://saludenmexico.ciep.mx/>.

⁵⁴ CIEP. (11 de septiembre de 2025). Implicaciones del Paquete Económico 2026. Obtenido de <https://paqueteeconomico.ciep.mx/>.

⁵⁵ CIEP. (5 de agosto de 2025). Gasto de bolsillo en salud: Resultados de la ENIGH 2024. Obtenido de <https://ciep.mx/gasto-de-bolsillo-en-salud-resultados-de-la-enigh-2024/>

⁵⁶ CIEP. (2018). Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento. Obtenido de <https://saludenmexico.ciep.mx/>

⁵⁷ CIEP. (30 de agosto de 2019). Consideraciones de impacto presupuestario ante la Iniciativa de creación del INSABI. Obtenido de <https://ciep.mx/consideraciones-de-impacto-presupuestario-ante-la-iniciativa-de-creacion-del-insabi>.

de los recursos que quienes cuentan con empleo formal y acceso a seguridad social. En perspectiva internacional, México se encuentra rezagado: su gasto per cápita equivale apenas a la mitad del de países como Colombia, Argentina o Chile, y es comparable al de Brasil o Sudáfrica, economías con retos similares, pero con diferentes niveles de desarrollo social.⁵⁸

Implicaciones: el peso del gasto de bolsillo y el reto demográfico

La insuficiencia del gasto público obliga a las familias a cubrir una parte significativa de los costos en salud mediante el gasto de bolsillo. Este fenómeno no solo genera inequidad, sino que también tiene consecuencias económicas graves: hogares que caen en la pobreza tras enfrentar una enfermedad catastrófica, familias endeudadas para costear tratamientos y personas que renuncian a la atención médica por falta de recursos.

Enfermedades crónicas: una carga creciente

La transición epidemiológica ha modificado el perfil de enfermedades en el país. Las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad o muerte prematura son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Estas enfermedades no solo son costosas en términos de atención médica, sino que también representan pérdidas significativas en productividad y calidad de vida.

Envejecimiento poblacional

El cambio demográfico añade una presión adicional. La mediana de edad en México pasó de 18.7 años en 1990 a 30.2 en 2024, y se estima que alcanzará los 40.7 años en 2050. Esto implica una mayor demanda de servicios médicos, hospitalarios y de cuidados de largo plazo, en un contexto donde los recursos ya son insuficientes.⁵⁹

Proyecciones de gasto

Si México aspira a ofrecer un sistema de salud universal y equitativo, el gasto en salud deberá aumentar significativamente en las próximas décadas. Dependiendo del nivel de cobertura alcanzado, los requerimientos presupuestarios podrían ubicarse entre 7.5 % y 10 % del PIB hacia 2035.⁵⁶

Conclusiones: un reto fiscal y social ineludible

El sistema de salud mexicano enfrenta un desafío monumental. Asegurar la cobertura universal no será posible sin un aumento sustancial en la inversión pública, una mejor distribución de los recursos y una estrategia clara para enfrentar el cambio demográfico y epidemiológico.

Puntualmente, se requiere:

- Incrementar el gasto público en salud por encima del 3 % del PIB actual.
- Reducir la dependencia del gasto de bolsillo mediante esquemas de protección financiera.
- Garantizar recursos sostenibles para la atención de alta especialidad.
- Implementar inversiones costo-efectivas, basadas en evidencia.
- Incorporar mecanismos de participación privada que complementen, sin sustituir, al sector público.
- Reforzar el papel de los gobiernos estatales en el financiamiento y la gestión de los servicios.
- La salud universal requiere discusiones y decisiones políticas y fiscales firmes que coloquen al bienestar de la población como prioridad nacional. De lo contrario, las desigualdades se profundizarán y el costo social, económico y humano será cada vez más alto.



⁵⁸ OCDE. (s.f.). Grupo Banco Mundial. Datos. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.PP.CD?locations=OE>

⁵⁹ CIEP. (11 de septiembre de 2025). Implicaciones del Paquete Económico 2026. Obtenido de <https://paqueteeconomico.ciep.mx/>.

Conclusiones y recomendaciones

Dr. Juan Pablo Gutiérrez

*PROFESOR TITULAR C, CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS,
POBLACIÓN Y SALUD, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM
ACADÉMICO, ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.*



Es importante recapitular sobre la evidencia y análisis que se han presentado en este documento.

Desde la perspectiva de la salud, México enfrenta retos importantes para avanzar hacia la mejor salud posible con equidad, y de esta forma promover la movilidad social desde la salud.

La persistencia de la desigualdad social ha incidido en generar inequidades en acceso a servicios de salud y en resultados de salud, y ante esto, la respuesta pública, el sistema de salud históricamente ha recibido una inversión que de acuerdo con diversas estimaciones se encuentra por debajo de lo necesario para asegurar la protección de la salud de toda la población, y esto se evidencia en retos estructurales en los servicios.

Ante los retos en condiciones de salud que afronta la población del país con una esperanza de vida estancada, tendencias en mortalidad prematura que muestran un rezago con relación a la región de las Américas –y en comparación con los países de la OCDE–, y una elevada carga por padecimientos relacionados con hábitos y comportamientos como la obesidad, diabetes e hipertensión, los resultados resultan insuficientes y con una distribución inequitativa.

Como se ha señalado, la salud es un motor de la movilidad social, en tanto que la salud de las personas incide en su desempeño físico y cognitivo, y en ese sentido genera el potencial para la movilidad.

La evidencia global ha documentado el rol de la salud como determinante de diferenciales en el ingreso laboral.

En México, considerando a la talla máxima alcanzada en la edad adulta como medida de salud acumulada, se ha documentado en primera instancia la relación entre la estatura y el nivel socioeconómico, y lo que pueden

considerarse como rendimientos de la salud, es decir, la ganancia en ingreso con relación a la estatura.

Análisis a partir del seguimiento de individuos de hogares que recibieron transferencias relacionadas con la inversión en salud y educación mostraron ganancias en estatura en la edad adulta.

Asimismo, tanto para mujeres como para varones se observan ganancias importantes en ingreso con relación a la estatura. Entre mujeres, por cada punto porcentual de ganancia en estatura, los ingresos de las mujeres eran 3.2% mayores, y para los varones el rendimiento era de 6.5%.

En ese sentido, se puede sostener que la inversión en salud es un importante catalizador de la movilidad social, en particular cuando las inversiones se realizan en los primeros años de vida, es decir, durante las etapas de acumulación acelerada de capital humano.

En el México actual, se observan diferencias considerables en el nivel de salud acumulada en la población, con brechas de hasta 7.66 cm de estatura entre mujeres y 7.36 cm entre varones. Promover la movilidad en salud puede claramente repercutir en cambios en el ingreso, por lo que la inversión en salud es no solo deseable por el valor intrínseco de la salud, sino también como mecanismo para promover la equidad social, y el bienestar.

Recomendaciones

Un sistema de salud que promueva la movilidad social a través de impulsar la movilidad en salud es un sistema que procura el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud, impulsando de esta forma la salud universal con equidad.

Para lograrlo, se requieren servicios de calidad, es decir,

que cuenten con personal, equipamiento, infraestructura, e insumos (medicamentos, biológicos, etc.) suficientes y de forma oportuna. Además, la oferta debe resultar conveniente en cuanto a horarios y ubicación, y operar de acuerdo con un modelo basado en APS que priorice la promoción y prevención desde el ámbito comunitario y asegure la continuidad de la atención con las personas al centro.

El enfoque del sistema en la equidad implica acciones concretas dirigidas a eliminar las brechas en acceso —y de esta forma en resultados— entre poblaciones, con recursos asignados para este objetivo, con un abordaje que considere el proceso de determinación social de la salud.

Es necesario también un acuerdo social que priorice la equidad y el enfoque de salud integral.

Para lograrlo, se recomienda:

1. **Pacto social por la salud:** diálogo amplio que permita consensuar el camino a la equidad, estableciendo la cobertura de intervenciones que el país puede garantizar a toda la población.
2. **Refundación del sistema de salud:** realizar las reformas necesarias para que la cobertura en salud no se encuentre vinculada a la situación laboral e integración de la oferta pública con un modelo de pagador único a partir de impuestos generales.
3. **Priorizar la salud fiscalmente:** incrementar la inversión pública en salud con el objetivo de alcanzar en el mediano plazo 6 puntos del Producto Interno Bruto, con mecanismos para asegurar que la inversión no puede disminuir, generando certidumbre en la oferta.
4. **Modelo APS:** fortalecer el abordaje de promoción y prevención en salud con un modelo de base comunitaria y abordaje integral, es decir, con continuidad en el proceso de protección de la salud centrada en la persona.

