



Centro de Estudios®
Espinosa Yglesias
PROMOVEMOS LA IGUALDAD
DE OPORTUNIDADES

EL MÉXICO
DEL 2024



Sistema de salud para la movilidad social

Autor:

Juan Pablo Gutiérrez

Universidad Nacional Autónoma de México

Documento de
política pública

Número
05/2024

Sistema de salud para la movilidad social¹

Juan Pablo Gutiérrez²

Resumen

Se muestra cuál es la situación actual del sistema de salud y de la salud de la población en México, y se presenta una visión integral y urgente para transformar el sistema de salud con el objetivo de lograr un acceso efectivo y equitativo a la atención médica y promover la movilidad en salud y la movilidad social. El principio rector es la equidad, dado que se reconoce que el acceso y la calidad de la atención médica no deben depender de la capacidad de pago de las familias ni de otras características personales, como el origen. La propuesta central consiste en implementar un mecanismo de financiamiento de pagador único basado en impuestos generales; esto permitiría hacer una asignación justa de los recursos para la atención de la salud en todo el país que eliminaría barreras financieras y promovería un acceso igualitario para todas las personas. Para ello se requiere considerar los determinantes sociales de la salud y tener un modelo de atención primaria a la salud (APS) centrado en las personas, que las empodere de manera individual y a sus familias en el cuidado de su salud. Además, se destaca la importancia de vincular el sistema de salud con el sistema de cuidados, especialmente para atender a las personas adultas mayores y la población infantil. Se enfatiza la necesidad de considerar la perspectiva de salud en todas las políticas públicas, al reconocer la interacción entre la educación y la salud, así como la influencia de las políticas sociales en la salud. En resumen, el documento propone un sistema de salud universal en México, respaldado por un mecanismo de financiamiento de pagador único, con un enfoque en la equidad, atención primaria a la salud, vinculación con el sistema de cuidados y la consideración de la salud en todas las políticas públicas.

¹ Agradezco los valiosos comentarios de Laura Flamand y Gustavo Merino.

² Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Introducción y antecedentes

Tener un buen estado de salud les permite a las personas llevar a cabo sus actividades de manera más efectiva, con lo cual aumentan sus posibilidades de alcanzar los resultados de vida deseados. En este sentido, la salud se considera deseable en sí misma, ya que estar saludable es un objetivo compartido por todas las personas, y también se percibe como una inversión, dado que potencia otros resultados.

Durante el proceso de crecimiento y desarrollo, un adecuado estado de salud facilita tanto la asistencia a la escuela como el rendimiento en ella, lo que genera un efecto sinérgico ampliamente documentado en la literatura. La acumulación de salud durante la infancia y la juventud conduce a una mayor productividad en la vida adulta, tanto por su contribución al éxito educativo como por que otorga una mayor capacidad física y cognitiva (*Gutierrez et al.*, 2019).

Así, la inversión en salud se convierte en un factor clave para impulsar la movilidad social, un hecho que ha sido documentado en la población de México. Aquellas personas que durante su etapa de formación de capital humano residieron en hogares que recibieron transferencias monetarias, suplementos nutricionales y servicios de salud experimentaron una mayor acumulación de salud, medida con base en la estatura alcanzada en la edad adulta. Este incremento en la salud se tradujo en una mayor productividad, medida en términos de ingresos (*Gutierrez et al.*, 2019).

La relevancia de la salud, desde una perspectiva tanto individual como colectiva, se vuelve evidente en este contexto.

La salud como derecho

Garantizar el derecho a la protección de la salud de la población, como establece la Constitución mexicana, implica considerar no solo la acción de los servicios de salud, sino también la influencia más amplia en el proceso que determina las condiciones de salud de las personas. Para ello, el cumplimiento del derecho a la protección de la salud conlleva una acción pública integral que va más allá del sistema de salud, pues debe abordar los determinantes sociales de la salud.³ La salud es un proceso socialmente determinado en el que la posición social de las personas no solo define a qué servicios pueden acceder (establecimientos y personal de salud), sino que también influye en la percepción de la necesidad de atención y su respectiva búsqueda (Marmot *et al.*, 2008). Además, la posición social de las personas afecta el acceso que tienen a la información y la manera en que la procesan, en lo cual está incluida la validez que le atribuyen.

Desde una perspectiva holística, el derecho a la protección de la salud requiere abordar este proceso de determinación social mediante acciones que mejoren las condiciones generales de vida y reduzcan las brechas que generan diferencias en el acceso y en los resultados de salud. Estos determinantes incluyen el género, el origen étnico, la ocupación, el lugar de residencia y el ingreso, entre otros.

Los determinantes sociales y ambientales de la salud resultan ser críticos en tanto que implican diferencias en varias dimensiones relevantes para el estado de salud (de exposición, de acceso y heurísticas). Las acciones enfocadas en atender estos determinantes —esto es,

³ Se entienden por determinantes sociales de la salud las características de la población y su entorno que influyen sobre el mantenimiento y atención de su funcionamiento físico y biológico, tales como su condición de pobreza, su nivel educativo, el hacinamiento, su acceso a agua potable y drenaje, el acceso a los servicios de salud, las amenazas ambientales que enfrenta y otros factores.

posibilitar condiciones generales de vida adecuadas para todas las personas— tienen incidencia en la salud de las personas y, de forma agregada, en la salud de las poblaciones.

El otro gran ámbito de acción pública visible en la protección de la salud se encuentra en el sistema de salud, que abarca tanto la salud pública como los servicios de salud. Para proteger la salud, se requieren acciones que promuevan comportamientos saludables, prevengan riesgos y brinden atención oportuna ante los eventos de salud.

Desde esta lógica, ¿qué herramientas se pueden emplear para asegurar la protección de este derecho desde el sistema de salud? Podría argumentarse que los establecimientos de salud, especialmente los de primer nivel de atención médica, son fundamentales para la protección de la salud. Asimismo, las acciones de promoción de la salud y las estrategias de prevención dependen del conocimiento directo y la interacción con la población. Por lo tanto, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud es un componente esencial para el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

En el contexto actual, la heterogeneidad en el acceso, tanto en términos generales como en el acceso oportuno a los servicios, se relaciona directamente con la posición social de las personas. El acceso a los servicios de salud ha sido un tema ampliamente analizado en la literatura, en busca de caracterizar los diferentes factores que influyen desde la perspectiva de las personas y la de los proveedores de servicios. Así, se han propuesto diversas definiciones del concepto de acceso a los servicios de salud, desde la entrada puntual al sistema de salud hasta aquellas que consideran aspectos del uso real de los servicios y su calidad (Levesque *et al.*, 2013).

Una definición amplia del acceso sugiere que se trata de la oportunidad de acceder a los servicios de atención a la salud adecuados cuando se percibe una necesidad de salud (Levesque *et al.*, 2013). Agregar el adjetivo «efectivo» a este acceso enfatiza la importancia

no solo de tener la posibilidad de acudir a un proveedor de salud, sino también de recibir una atención que responda adecuadamente a la necesidad que motivó la búsqueda inicial.

Dado que la heterogeneidad en el acceso a los servicios de salud está vinculada a condiciones socialmente determinadas, es una fuente de desigualdad que, a su vez, genera desigualdades en los resultados de salud, con consecuencias más negativas para aquellas personas que carecen de acceso o tienen un acceso limitado.

El planteamiento que guía este documento es la necesidad de universalizar el acceso efectivo a la protección de la salud, esto es, garantizar la atención a la salud resolutiva con equidad para promover la movilidad social.

Metodología

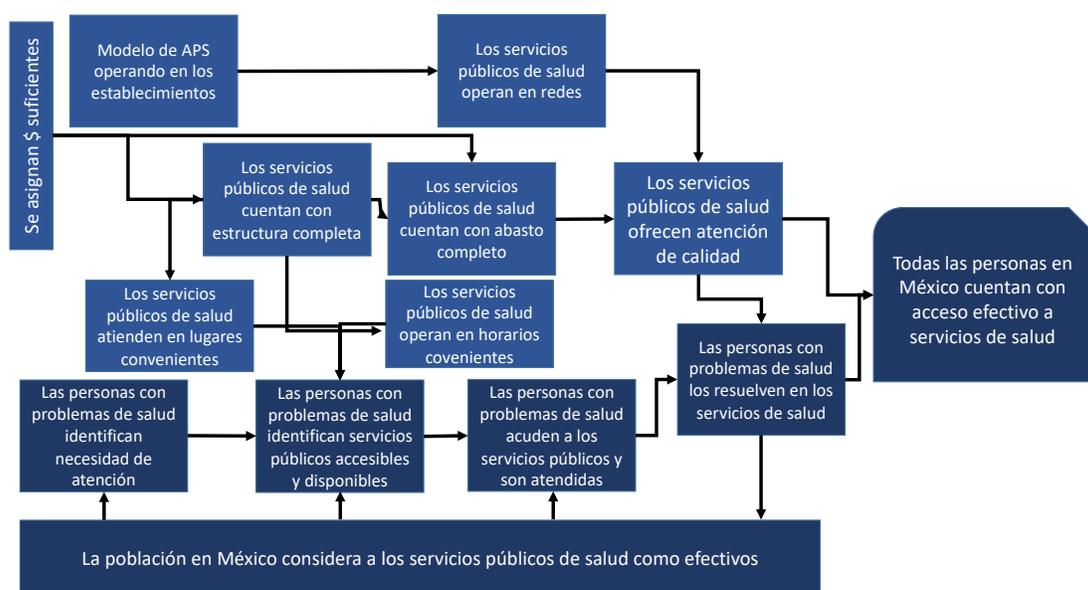
Para el desarrollo de este documento se plantea en primera instancia una cadena de resultados que puede permitir alcanzar el acceso efectivo a los servicios de salud para el conjunto de las personas en México; para ello, se señala la tipología de intervenciones necesarias para activarla. Con esta ruta como guía, se revisa la situación del país con respecto a esta cadena, y se elabora sobre los mecanismos potenciales para permitir activar la teoría de cambio propuesta.

Modelo conceptual desde la perspectiva del cambio

El acceso efectivo a los servicios de salud está determinado por su calidad, disponibilidad y accesibilidad, en un proceso que busca asegurar la equidad en el acceso y, a

partir de esta, en los resultados de salud. El modelo se enfoca en dos rutas clave: la oferta (los servicios de salud) y la demanda (las personas) (Figura 1).

Figura 1. Cadena de resultados para el acceso efectivo a la salud.



Fuente: elaboración propia.

El resultado de largo plazo consiste en que todas las personas en México tengan un acceso efectivo a los servicios de salud. Desde la perspectiva de la oferta, para lograr este objetivo, es esencial que los servicios de salud sean resolutivos, lo que implica brindar atención de alta calidad para abordar las condiciones de salud. Asegurar el acceso efectivo para todas las personas requiere hacer énfasis en las poblaciones que actualmente no cuentan con acceso o que enfrentan más y mayores barreras; esto es, en tanto que se plantea como un objetivo universal, requiere reconocer el inicio desigual.

Para lograr los servicios resolutivos, se propone que estos operen en redes adaptándose a la complejidad de la atención; además, es fundamental garantizar un abasto

completo de medicamentos e insumos. La operación en redes debe basarse en un modelo de atención primaria a la salud (APS) que integre diferentes niveles de atención. Esto asegura una respuesta adecuada a las necesidades de las personas. En tanto, para que los servicios de salud cuenten con abasto completo, se requiere que su estructura se encuentre completa, es decir, con espacios y personal de acuerdo al tipo de establecimiento, y que se asignen los recursos suficientes para los servicios de salud.

Desde la oferta de los servicios se propone que estos operen en horarios y en lugares convenientes. Este eslabón intermedio en la cadena genera una interacción entre la oferta y la demanda de servicios.

Desde la perspectiva de la demanda, es esencial que las personas valoren positivamente la atención que reciben en los servicios de salud a los que acceden, lo que se relaciona con la calidad de los servicios. Esto, a su vez, estimula una mayor demanda.

Para que las personas los valoren de forma positiva, primero deben acudir a los servicios públicos y recibir atención en ellos. Para fomentar esta asistencia, es necesario que las personas perciban que los servicios públicos son accesibles y disponibles, lo que depende de la conveniencia de los horarios y lugares de atención, así como de la percepción de la efectividad de los servicios de salud. A su vez, la percepción de la efectividad de los servicios afecta a todas las fases de la demanda y es crucial para el acceso efectivo. Adicionalmente, para que las personas busquen atención, deben identificar un problema de salud como una necesidad de atención.

En resumen, para activar este modelo de cambio, se debe definir un conjunto de intervenciones esenciales, en el que va incluido un paquete de prestaciones de salud garantizadas para todas las personas. Esto implica una cobertura universal que minimice el gasto de bolsillo y asegure recursos para la provisión de estos servicios. También se debe

tener en cuenta la prospectiva de la demanda basada en la demografía y definir un modelo operativo de APS.

Estado de la cuestión

Situación actual del sistema de salud en México

Los sistemas de salud articulan cuatro funciones esenciales: rectoría, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios, en un complejo arreglo que involucra tanto a diversas instituciones públicas como al sector privado. Sin embargo, el sistema de salud mexicano, al igual que la mayoría de los sistemas en países de América Latina, puede caracterizarse como subfinanciado, segmentado y fragmentado.

A pesar de las reformas realizadas en 2019 y 2023, no se ha establecido un marco legal diferente para el sistema de salud y, de hecho, se ha acentuado la segmentación al crear nuevas instancias para la atención de las personas sin seguridad social, al tiempo que se eliminó el enfoque de seguro público para esta población que se había establecido en 2003.

Aunque formalmente la rectoría recae en la Secretaría de Salud federal, en la práctica los diferentes subsistemas públicos operan de manera no coordinada, con mecanismos de decisión independientes. Las herramientas de rectoría son débiles, sin procesos efectivos para asegurar la preponderancia de la Secretaría de Salud con respecto a otras instituciones públicas y mucho menos en comparación con los proveedores privados.

En este contexto, la protección de la salud se ofrece de manera diferenciada y segmentada, dependiendo de la situación laboral de las personas. Esto implica que quienes están en el mercado formal de la economía y sus familiares reciben atención por parte de las

instituciones de seguridad social, mientras que aquellas personas sin seguridad social acceden a una oferta pública específica. En ambos grupos, se tiene una superposición de servicios privados, que varían en calidad y precio, desde consultorios básicos hasta hospitales altamente especializados. Este aspecto exagera además las inequidades, en tanto que las personas con mayor exposición a riesgos para la salud por razones de trabajo cuentan por lo general con menos acceso a la seguridad social.

Además, al interior de cada subsistema, hay una limitada coordinación entre los niveles de atención, lo que resulta en una falta de articulación clara entre los servicios de atención primaria y los de mayor especialidad. Esto se refleja en una alta tasa de hospitalizaciones evitables, es decir, ingresos hospitalarios por causas que podrían haberse tratado y prevenido en el primer nivel de atención.

Esta fragmentación y el financiamiento insuficiente se traducen en una calidad limitada de los servicios de salud. Según cifras de la OCDE, México presenta la mayor tasa de letalidad hospitalaria a 30 días después de un infarto agudo al miocardio y la tasa más alta de hospitalización por diabetes en comparación con los países informantes (OECD y The World Bank, 2020).

En cuanto al financiamiento, una medida inicial de prioridad para la salud es el gasto público en este sector. A nivel global, se sugiere destinar el 6 % del PIB al gasto público en salud, con un enfoque de APS que se concentre en la promoción y la prevención. Entre 2000 y 2013, el gasto público en México aumentó del 2 % al 3.1 % del PIB. Sin embargo, a partir de 2013, disminuyó nuevamente, hasta llegar al 2.7 % del PIB en 2019. En los años siguientes, la pandemia de covid-19 requirió la asignación de recursos adicionales, y para 2023 se programó un gasto equivalente al 3.2 % del PIB para salud en el presupuesto, aunque esto podría diferir de lo ejercido (Secretaría de Salud, 2022).

El gasto público en salud ha mantenido diferencias entre los grupos de la población, pues las personas sin seguridad social reciben una asignación per cápita menor que aquellas con seguridad social. En 2021, la Secretaría de Salud informó que el gasto público per cápita para las personas sin seguridad social fue el 75 % del gasto promedio destinado a las personas con seguridad social, con importantes disparidades entre entidades en este aspecto (Secretaría de Salud, 2022). Asimismo, hay diferencias notables según la institución de seguridad social; por ejemplo, los recursos públicos en salud destinados a los trabajadores de PEMEX son tres veces mayores que los asignados a la población asegurada por el IMSS (Senyacen, 2018).

El gasto de bolsillo en salud, considerado el más inequitativo ya que depende de la capacidad de pago de las personas, se utiliza como un indicador de equidad en el financiamiento de salud. En México, en el año 2000, antes de que se estableciera el Seguro Popular, el gasto de bolsillo representaba el 52.22 % del gasto total en salud, y este valor aumentó al 55.7 % en 2003, antes de comenzar una tendencia a la baja hasta 2013, cuando se redujo al 39.9 %. Luego, volvió a aumentar a un 42.1 % estimado en 2019 (Secretaría de Salud, 2022). Según estimaciones basadas en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), el gasto de bolsillo aumentó durante 2020 como parte de la respuesta de los hogares a la pandemia y, aunque disminuyó en 2022, se mantuvo en niveles superiores a los observados en 2016 y 2018. Los hogares en el decil de menor ingreso destinaron el 4.2 % de sus ingresos corrientes a gastos de salud, mientras que para los hogares en el decil de mayor ingreso el gasto en salud representó el 2.2 % de sus ingresos corrientes. La compra de medicamentos y otros productos de salud constituye la mayor parte (50.7%) del gasto en salud de los hogares.

Una de las razones por las cuales los hogares destinan un monto significativo de sus recursos a la compra de medicamentos es la falta de suministros por parte de las instituciones

públicas. En 2022, se documentó que 12.5 millones de recetas (el 5.3 % del total emitido) no se surtieron en el IMSS (Nosotrxs AC, 2023).

Por lo tanto, los mecanismos del sistema de salud no solo no reducen las inequidades en el acceso (y, por lo tanto, en los resultados), sino que las perpetúan por diseño (acceso diferenciado según la capacidad de pago). Además, han exacerbado estas desigualdades mediante asignaciones presupuestales diferenciadas por grupos de población y debido a las deficiencias estructurales de los servicios públicos que fomentan el gasto de bolsillo.

La salud de la población en México

En las últimas dos décadas, las principales causas de mortalidad en México han experimentado cambios significativos. En el año 2000, la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón representaron el 29.7 % de las defunciones en el país. Para 2021, estas enfermedades fueron la causa del 35 % de los fallecimientos, aunque fueron superadas por la covid-19, que por sí sola representó el 21.9 % de las muertes ese año. El exceso de mortalidad experimentado en México en el marco de la pandemia estuvo entre los más elevados en el mundo, y ello es resultado tanto de las deficiencias ya señaladas del sistema de salud (servicios subfinanciados y con retos en calidad estructural) como de la elevada prevalencia de padecimientos no transmisibles. Ambos aspectos tienen una distribución desigual entre grupos de la población, y, por lo tanto, devienen en una distribución inequitativa del exceso de mortalidad, que afecta en mayor medida a la población socioeconómicamente vulnerable. La llamada sindemia —confluencia de epidemias (pandemias) en un contexto de desigualdad social— exacerbó la carga no únicamente en mortalidad, sino también en discapacidad, como resultado de la emergencia sanitaria por la

covid-19. En 2022, la covid-19 descendió al cuarto lugar entre las causas de muerte, y volvieron las enfermedades cardíacas y la diabetes a las dos primeras posiciones.

En la actualidad, un aspecto destacado es la diferencia en las causas de muerte entre hombres y mujeres. Para los hombres de 15 a 44 años, la principal causa de muerte son los homicidios, mientras que para las mujeres de la misma edad son los tumores malignos. Además, la brecha en la mortalidad por homicidios entre municipios con diferente grado de rezago social se ha reducido debido al aumento de homicidios en municipios con bajo rezago social. Asimismo, ha disminuido la brecha de género debido al aumento en la tasa de homicidios de mujeres (Velasco-Calderón et al., 2023).

La tasa de mortalidad en México en 2022 fue de 654 defunciones por cada 100 000 habitantes, conforme a una tendencia creciente registrada en la última década. En 2013, la tasa fue de 526 y, en 2019, de 591 defunciones por cada 100 000 habitantes. Además, estas tasas varían significativamente entre las entidades federativas: Morelos tiene la tasa más alta, de 787, y Quintana Roo presenta la más baja, de 447 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023).

Por otra parte, la esperanza de vida al nacer es una métrica resumen de la salud de la población e indica cuántos años podría vivir una persona si la mortalidad observada se mantuviera constante. Según las estimaciones de la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas, la esperanza de vida al nacer en México fue de 74.8 años en 2022 (71.6 para hombres y 78.2 para mujeres). Este valor se mantuvo constante desde 2014, pero tuvo una disminución durante la pandemia en 2020 (70.1 años). No obstante, las condiciones de vida ya habían provocado un retroceso en la esperanza de vida en años anteriores, de 74.2 años en 2019 y 74.0 años en 2018. El retroceso en la esperanza de vida al nacer como consecuencia de la elevada mortalidad durante la pandemia de covid-19 es nuevamente resultado de las

deficiencias con distribución inequitativa de la oferta de servicios de salud, así como de los determinantes sociales de la salud.

Es importante señalar que la magnitud de la reducción en este indicador durante la pandemia es similar a la diferencia que hay entre la entidad con la mayor esperanza de vida al nacer (Nuevo León, 77.4 años) y la que tiene la menor esperanza de vida al nacer (Chiapas, 72.6 años). Además, Chiapas, Guerrero, Chihuahua y Oaxaca son las entidades con la menor esperanza de vida al nacer y también presentan altos índices de población en situación de pobreza (en específico, Chiapas, Guerrero y Oaxaca).

Si consideramos los datos que proporciona el Estudio sobre la Carga Global de la Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés), que genera el Instituto de Evaluación y Métrica en Salud de la Universidad de Washington, para 2019 en México la diabetes era la principal causa de años de vida saludables (AVISA) perdidos, métrica que considera tanto las defunciones como la discapacidad que generan las condiciones de salud (vivir con un padecimiento genera discapacidad, a diferencia de vivir con salud). Desde 1990 —cuando se ubicaba en la sexta posición— se ha registrado un incremento del 85 % en los AVISA perdidos asociados a esta condición.

En segundo y tercer lugar están la enfermedad renal crónica y la cardiopatía isquémica, respectivamente, y en cuarto lugar se encuentra la violencia interpersonal, que en 1990 era la séptima causa y había descendido hasta el décimo lugar en 2004. Al contrastar por sexo, en 2019 la violencia interpersonal fue la primera causa de AVISA perdidos entre los hombres, seguida de la diabetes, la enfermedad renal crónica y la cardiopatía isquémica. Por su parte, entre las mujeres, la violencia interpersonal no apareció entre las 25 primeras causas de AVISA perdidos.

Si bien los datos disponibles por entidad indican una cierta consistencia en el orden de las causas, hay una clara heterogeneidad geográfica en lo que se refiere tanto a la magnitud total de los AVISA perdidos por cada 100 000 personas (Chihuahua y Colima sobresalen con la mayor tasa de AVISA perdidos, en tanto que Aguascalientes y Quintana Roo tienen las menores tasas) como a la magnitud por las causas: en 2019, debido a la diabetes se perdieron 3 090 AVISA por 100 000 personas en la Ciudad de México, y fueron 1 648 AVISA perdidos en Quintana Roo; mientras que por violencia interpersonal se perdieron 3 610 AVISA por 100 000 personas en Colima, y fueron 207 AVISA perdidos en Yucatán.

El sobrepeso y la obesidad son factores que aumentan el riesgo de enfermedades como la diabetes y la hipertensión, lo que contribuye a las cifras de discapacidad y mortalidad. En 2022, el 75.2 % de las personas de 20 años y más tenía sobrepeso u obesidad, con una ligera prevalencia superior en las mujeres (76.8 %) en comparación con los hombres (73.5 %) (Campos-Nonato *et al.*, 2023a). Entre 2006 y 2022, esta tendencia también se ha observado en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, que se ha incrementado, asimismo, entre la población de escolares (5 a 11 años) y de adolescentes (12 a 19 años) entre 2006 y 2022. En el caso de las personas escolares pasó del 34.8 % al 37.3 %, y para las y los adolescentes, del 33.2 % al 41.1 %; además con una tendencia creciente según aumenta la edad (Shamah-Levy *et al.*, 2023).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (ENSANUT) señalaron que, entre la población de 20 años y más en México, la prevalencia total de diabetes es del 18.3 %, y que el 31.7 % de las personas con diabetes desconocen vivir con esta condición. La prevalencia de diabetes es mayor entre las mujeres (20.1 %) con respecto a los hombres (16.3 %), y se incrementa con la edad. Por otra parte, en tanto que se estima una prevalencia mayor entre las personas de nivel socioeconómico alto con respecto a las de nivel

socioeconómico bajo (si bien con intervalos de confianza que se traslapan), entre estas últimas es mayor el porcentaje de las personas que desconocen vivir con dicha condición (41.7 % vs. 26.0 %), así como entre quienes viven en zonas rurales con respecto a quienes son de zonas metropolitanas (38.8 % vs. 30.0 %) (Basto-Abreu *et al.*, 2023).

La misma encuesta identificó que el 47.8 % de las personas de 20 años y más tenía hipertensión arterial, y el 65.5 % de ellas desconocía tener esta afección. Aunque la prevalencia fue similar entre diferentes niveles socioeconómicos, la falta de diagnóstico fue mayor entre las personas de nivel socioeconómico bajo, en comparación con las de nivel alto (14.4 % vs. 11.5 %), y entre las personas que vivían en zonas rurales, en comparación con las de zonas urbanas (15.4 % vs. 12.3 %) (Campos-Nonato *et al.*, 2023b).

Otra métrica importante es la mortalidad prematura potencialmente evitable, que aborda el número de defunciones en personas menores de 75 años por causas que podrían prevenirse o tratarse con intervenciones conocidas en salud pública o tecnología médica disponible. En México, la reducción en esta tasa ha sido menor en comparación con la tendencia en las Américas. Mientras que la región experimentó una disminución del 22 % entre 2000 y 2019, México solamente redujo esta tasa en un 9 %. La tasa de mortalidad prematura potencialmente evitable en hombres se redujo marginalmente (2 %) entre 2000 y 2019, lo que hizo que México pasara de estar por debajo del promedio regional en 2000 a estar por encima del promedio regional en los últimos años.

Un ámbito igualmente relevante es la atención a la salud mental, la cual ha estado relegada a pesar de que debe considerarse con el mismo nivel de importancia que la salud física. La prevalencia de trastornos mentales en México se ha estimado en un 19.9 %, esto es, la quinta parte de la población. La depresión y el trastorno por consumo de alcohol son los principales reportados, con una brecha de atención (personas que no reciben atención

apropiada) del 81 % (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2022). Al igual que ocurre con la salud física, se ha documentado una brecha entre grupos de la población para el acceso a la atención de estas condiciones, lo cual afecta en mayor medida a las personas socioeconómicamente vulnerables (Cerecero-García *et al.*, 2020). Los retos en torno a la salud mental, asimismo, se incrementan para el caso de las mujeres y otros grupos de la población que estructuralmente enfrentan discriminación y violencia relacionadas con los estereotipos de género.

Como se ha mostrado, es posible establecer el rol de los determinantes sociales en la discapacidad y mortalidad: la probabilidad de contar con un diagnóstico para las personas que viven con diabetes, con hipertensión o con depresión es menor para aquellas que tienen un bajo nivel socioeconómico y para aquellas que viven en zonas rurales. La no oportunidad en el diagnóstico implica no oportunidad en cuanto al tratamiento, y luego conlleva un incremento en las complicaciones de salud e incluso en la probabilidad de muerte.

Contexto político

Como se mencionó previamente, las reformas realizadas a la Ley General de Salud en 2019 y 2023, si bien estuvieron orientadas hacia la garantía del derecho a la protección de la salud establecido en la Constitución, aún no definen un sistema de salud que permita el acceso efectivo a los servicios de salud de forma universal en el país.

La reforma de 2019 sustituyó al Sistema de Protección Social en Salud por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), y la reforma de 2023 reemplazó al INSABI por un nuevo organismo, el IMSS-Bienestar, inspirado y basado en el programa del mismo nombre con

antecedentes en la década de los setenta del siglo pasado y conceptualizado como un mecanismo para proveer servicios de salud a las poblaciones aisladas.

El organismo público IMSS-Bienestar tendría el potencial de reducir la segmentación del sistema si ocurre una mayor integración con los servicios del régimen ordinario del IMSS (lo que no ocurrió con el programa IMSS-Bienestar administrado por el IMSS), aunque no de forma automática, ya que implica un proceso de planeación para armonizar la prestación de los servicios de salud.

Para el cierre de este documento, ha avanzado en el Congreso de la Unión una nueva reforma a la Ley General de Salud (y a la Ley de Coordinación Fiscal) orientada a transferir los recursos que la Federación asigna a los estados para la función de salud a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) al organismo público descentralizado IMSS-Bienestar, lo que implica que la Federación reemplaza a los estados al asumir la provisión de los servicios de salud para las personas. Esta nueva situación genera una oportunidad con gran potencial para la integración, pero también incrementa los riesgos para una institución (el IMSS) que de por sí enfrenta diferentes retos para atender de manera efectiva a la población con seguridad social.

Ejemplos de casos prácticos y buenas prácticas

Acceso efectivo a servicios de salud

Una parte esencial al analizar el acceso efectivo a los servicios de salud es definir el conjunto de intervenciones médicas consideradas esenciales y accesibles para la población.

Este conjunto representa un límite de recursos disponibles para la atención médica, y es fundamental establecerlo para garantizar el acceso sin discriminación (Sojo, 2011).

El acceso efectivo implica que todas las personas en el país puedan recibir este conjunto de intervenciones garantizadas, considerando las restricciones presupuestarias. De lo contrario, se produciría un acceso diferencial debido a la escasez de recursos (Ochalek *et al.*, 2020). Esto es relevante no solo para abordar las condiciones de salud de las personas, sino también porque representa el primer punto de contacto entre los individuos y el sistema de salud, y en ese sentido permite identificar las necesidades específicas de las personas en su contexto, esto es, mediante visibilizar el peso de los determinantes sociales. Por ello, el concepto de acceso se ha discutido a profundidad en la literatura considerando diversas dimensiones que definen esta alineación entre el sistema de salud y las personas (Penchansky y Thomas, 1981).

En la lógica de la cobertura universal en salud, el acceso efectivo se plantea como una métrica clave. La cobertura universal implica tres dimensiones: la cobertura de población, la cobertura de servicios o intervenciones, y la cobertura financiera (World Health Organization, 2012). Lograr la cobertura universal significa que todas las personas tienen acceso a un conjunto definido de intervenciones, con calidad y asequibles, considerando que haya equidad (Roberts *et al.*, 2015).

Respecto al acceso efectivo, esto conlleva la ausencia de barreras financieras y de otro tipo, la disponibilidad de servicios en el momento necesario y la capacidad de resolución adecuada de los servicios de salud para abordar las necesidades de atención (Fajardo-Dolci *et al.*, 2015). Asimismo, el acceso efectivo requiere que los servicios sean convenientes en términos de ubicación y horarios, así como para resolver los problemas de salud (Fajardo-Dolci *et al.*, 2015; Levesque *et al.*, 2013).

En resumen, el acceso efectivo a los servicios de salud es fundamental para garantizar que las personas reciban la atención médica que necesitan y que esto ocurra con equidad. Lo anterior implica definir un conjunto de intervenciones esenciales, eliminar barreras financieras, asegurar la disponibilidad y la conveniencia de los servicios, y garantizar la capacidad de resolución de estos. Dichos elementos se combinan en un modelo conceptual que refleja la cadena de resultados necesaria para alcanzar el acceso efectivo a la atención médica (Saurman, 2015).

Análisis de hallazgos

Situación del acceso efectivo

El abordaje señalado sobre el acceso efectivo puede ser operacionalizado para contar con una estimación del reto que actualmente se enfrenta. Un indicador para aproximarse a la medición del acceso efectivo plantea que, en primera instancia, puede considerarse que en un contexto con seguro público de salud —como era el caso en México hasta antes de la reforma a la Ley General de Salud de diciembre de 2019, que desapareció al Seguro Popular a partir de 2020— el no contar con aseguramiento público implica no tener acceso efectivo desde la perspectiva de que garantizar la protección de la salud es una responsabilidad pública establecida constitucionalmente.

Entre las personas que contaban con seguro público, la decisión de atenderse con un proveedor diferente —en específico, con un proveedor privado— revelaba que consideraban que los servicios públicos a los que tenían acceso eran de calidad insuficiente o inadecuados

(ya sea en cuanto a lugar o a disponibilidad), por lo que esta decisión se estima igualmente como evidencia de no contar con acceso efectivo.

Finalmente, entre las personas que se atendían ante un problema de salud en el servicio público al que tenían acceso, aquellos que consideraban que su situación no mejoró tras la atención (evidencia de capacidad resolutive) no contaron con acceso efectivo.

Desde esta aproximación, y con base en los datos de la ENSANUT, se estimó que del total de la población del país en 2006 el 65.9 % no contaba con acceso efectivo a la salud, porcentaje que se redujo para 2012 al 48.49 %, y nuevamente para 2018 al 40 %. Este análisis asimismo documentó una muy elevada heterogeneidad entre entidades, con diferencias de 30 puntos porcentuales en los extremos (Gutiérrez *et al.*, 2014).

En tanto, un análisis en el cual la definición de acceso efectivo se limitó al hecho de utilizar como proveedor de servicios de salud a la institución de la cual se contaba con aseguramiento, y con base en datos de la ENSANUT 2018, mostró que el 41 % de los hogares tomaban esta decisión, lo que significa un incremento del gasto de bolsillo —principalmente para comprar medicamentos— y refuerza la noción de que contar con aseguramiento no es suficiente, ya que además se requiere contar con servicios de salud resolutivos y adecuados (García-Díaz, 2022).

Sin embargo, no es posible hacer un análisis equivalente después de 2018, debido al cambio normativo que desapareció el aseguramiento público para la población sin seguridad social. No obstante, el análisis de la ENSANUT 2022 señala que, de las personas que expresaron una necesidad de salud, el 86 % buscó atención y el 44 % recibió atención en el sector público, lo que sugiere un descenso en el acceso efectivo. Asimismo, entre las personas con acceso a la seguridad social, entre el 35 % y el 40 % se atendió en el sector privado, al cual también recurrió el 65 % de las personas sin seguridad social. Las personas con

seguridad social señalan que la calidad y lo inadecuado de los servicios (horarios, ubicaciones) son las razones para atenderse con otros proveedores, lo cual constituye indicadores de la falta de acceso efectivo (Bautista-Arredondo et al., 2023).

Estos datos resaltan los desafíos persistentes en la búsqueda de un acceso efectivo a los servicios de salud en México, y subrayan la importancia de considerar tanto la calidad de los servicios como su disponibilidad y accesibilidad para garantizar un acceso efectivo con equidad, atendiendo la necesidad de abordar las desigualdades en el acceso a nivel regional, entre las poblaciones con y sin seguridad social, y, en lo general, con acciones que prioricen a las poblaciones sin acceso o las que enfrentan más y mayores barreras.

Movilidad en salud en México

La evidencia sobre la movilidad en salud en México es limitada, pero los estudios disponibles señalan la persistencia del nivel de salud entre generaciones ante la ausencia de intervenciones explícitas para promover la movilidad en este ámbito.

Entre la población que se encuentra en situación de pobreza, y utilizando la estatura en la etapa adulta como indicador de salud acumulada, se documentó que la estatura de la persona proveedora del hogar durante la etapa de crecimiento predice de forma significativa la estatura de las personas de la siguiente generación —controlando por sexo y por edad tanto de la primera como de las segundas—, pero se muestra una elasticidad de 0.3 cuando la persona proveedora no es el padre o la madre del individuo, y de 0.4 al incluir todos los casos, lo que sugiere que la persistencia, excluyendo el factor genético y epigenético, es del orden de 0.3 (Gutierrez *et al.*, 2019).

La movilidad relativa, por otra parte, muestra un resultado consistente: al estimar el cambio de posición socioeconómica de las personas en cuanto a la estatura como indicador de salud, el coeficiente para la posición relativa de la persona proveedora es de 0.35 (Gutierrez *et al.*, 2019).

Estos resultados pueden mirarse como evidencia de la persistencia del nivel de salud entre generaciones, así como indicadores del potencial de movilidad, en tanto que el componente no explicado por la talla de la persona proveedora es de alrededor del 55 % (es decir, $1-0.35$) (Gutierrez *et al.*, 2019).

Entre los factores relacionados con la acumulación de salud —y de esta forma con el potencial de movilidad en salud— se encuentran los comportamientos que disminuyen la salud, es decir, de riesgo (si bien es importante tener presente que la participación en los mismos se enmarca en el proceso de determinación social de la salud). Estudios con población en situación de pobreza han mostrado que la participación en comportamientos de riesgo afecta negativamente la probabilidad de continuar en la escuela e incrementa la probabilidad de resultados negativos en salud (sobrepeso y sus consecuencias), pero que las intervenciones públicas tienen el potencial de disminuir la participación en estos comportamientos (Gutierrez, 2010). No obstante, dado que este análisis está enfocado únicamente en población en situación de pobreza (en su momento, beneficiaria del programa Progres-Oportunidades-Prospera), no permite obtener resultados más a detalle sobre aspectos que pudieran favorecer o afectar la movilidad en salud. Lo que sí aporta este estudio es evidencia sobre la relevancia de la movilidad en salud para la movilidad social, al mostrar la relación positiva entre la talla alcanzada y el ingreso laboral, es decir, el incremento en la salud acumulada, relacionada con la salud acumulada de la persona proveedora en la infancia,

se traduce en un incremento en el ingreso laboral del orden del 10 % por cada punto porcentual de incremento en la talla (Gutierrez *et al.*, 2019).

Un análisis a partir de los datos de la Encuesta ESRU de Movilidad Social en México 2017, y en la cual se plantea como indicador de salud los años totales de vida esperados con respecto a los máximos internacionales (diferencia en la esperanza de vida para la persona con la máxima internacional), documentó asimismo la persistencia de la situación de salud: el 56 % de las personas del grupo de hogares con mayores desventajas en salud permanecían en ese mismo grupo durante su vida (De la Torre, 2020).

Un elemento adicional de este análisis es que muestra que la movilidad en salud es mayor para las personas que tienen seguridad social, con respecto a las personas que en ese momento contaban con el aseguramiento público para personas sin seguridad social (Seguro Popular, hoy desaparecido), y que las personas con menor movilidad en salud eran aquellas que no contaban con esquema alguno de seguro de salud (De la Torre, 2020).

Relacionada con la lógica de la movilidad en salud como promotora de la movilidad social, se encuentra la discusión sobre los cuidados no remunerados como un factor que afecta el potencial de movilidad social, en particular entre las mujeres, dada la desigualdad social relacionada con el género que les ha asignado la responsabilidad del cuidado, en lo que se refiere tanto al cuidado de la población infantil como para el caso de personas adultas mayores.

En tanto que los mecanismos a través de los cuales se ofrecen servicios de cuidado desde el sector público en lo general se asocian a la seguridad social, para el conjunto de personas sin acceso a la seguridad social —las cuales, como se mencionó previamente, cuentan con una menor probabilidad de movilidad— la oferta pública de servicios de cuidado

es más bien limitada, lo que se traduce en una mayor persistencia en la posición social, es decir, una menor movilidad (Orozco *et al.*, 2022).

En resumen, esta información resalta la importancia de abordar tanto la persistencia del nivel de salud entre generaciones como la promoción de la movilidad en salud para mejorar la movilidad social en México, especialmente en las poblaciones que se encuentran en situación de pobreza y desventaja. En este contexto, las políticas de salud pública y la igualdad de género desempeñan un papel clave.

Opciones de política

Desde las diferentes perspectivas para abordar el tema de la salud en México, hay consenso en cuanto a la necesidad de construir un sistema universal, es decir, con atención a la salud armonizada para toda la población, que promueva la movilidad en salud y, por medio de ella, la movilidad social.

La evidencia existente señala que cuando se llevan a cabo intervenciones públicas enfocadas a promover la formación de capital humano —como lo fue el programa de transferencias condicionadas Progresa-Oportunidades-Prospera— se promueve la movilidad en salud y educación, las cuales contribuyen a la movilidad social debido a que están asociadas con un mayor ingreso laboral (Gutierrez *et al.*, 2019). Asimismo, contar con aseguramiento en salud es un elemento para la movilidad en este ámbito (De la Torre, 2020).

Si bien establecer el objetivo para el sistema de salud es relativamente sencillo, ya que hay consenso en cuanto a la necesidad de lograr el acceso efectivo, esto es, la posibilidad de acceder a la atención resolutiva ante la emergencia de una necesidad de salud, sin tener

que enfrentar barreras financieras, geográficas ni de tipo alguno, la ruta para alcanzarlo es menos evidente.

El acceso efectivo se plantea como la situación en la cual una persona, ante una condición que requiere atención profesional, sin tener que enfrentar barreras puede acudir a recibir una atención que resulte resolutive. No obstante, le heterogeneidad en el acceso a los servicios de salud es resultado de la posición social de las personas (Fajardo-Dolci *et al.*, 2015; Saurman, 2015). Se ha documentado que la identificación de una condición como problema de salud, y la definición de que dicha situación requiere atención, se encuentra influenciada por las condiciones de vida de las personas.

Desde esta lógica, factores más observables, como la precariedad laboral que condiciona las decisiones sobre el uso del tiempo (tanto para atenderse como para el cuidado de otras personas en el hogar que requieren atención) o la disponibilidad de recursos que incide sobre el umbral para decidir si una condición requiere atención, hasta aspectos no observables, como el efecto de la educación y el capital cultural y social sobre la información a la que se accede y su interpretación, generan heterogeneidad sobre si una situación de salud en particular se considera, o no, como un problema que requiere atención.

Al no existir elementos objetivos que permitan argumentar una mayor probabilidad de reportar un problema de salud en ciertos grupos, las diferencias observadas son más factibles como resultado de la heterogeneidad en la percepción. Esto es particularmente plausible entre personas con mayores ingresos.

Como se señaló, de forma agregada, los servicios privados ofrecen 4 de cada 10 consultas ambulatorias en el país; esto implica que ese mismo número de consultas se está llevando a cabo a cambio de un pago en el punto de atención, lo que representa un riesgo de barreras financieras, a la vez que señala una ineficiencia en el sistema de salud, dado que las

personas que cuentan con un seguro de salud (en general, público), no deberían pagar por atenciones que ya estarían cubiertas.

Este elemento también resalta la relevancia de considerar el tema de la conveniencia en cuanto a la ubicación y los horarios de atención de los servicios públicos. En ausencia de otras diferencias entre los servicios públicos y los privados, estos elementos parecen ser los que definen la elección de proveedor. Pero independientemente de la mezcla público-privado para la provisión de servicios de salud, es cierto que socialmente resulta ineficiente destinar recursos para pagar dos veces por el mismo servicio.

En este contexto, las personas identifican aquellos servicios a los que pueden acudir para atender sus problemas de salud ambulatorios, pero estos no se corresponden en un porcentaje importante con los servicios para los cuales cuentan con acceso sin pago en el punto de atención. Esto sugiere que consideran que los servicios a los cuales pueden acceder sin pago en el punto de atención les resultan inconvenientes.

El sistema de salud que se requiere está basado en el modelo de APS, es decir, centrado en la persona y con énfasis en las acciones de promoción y prevención de la salud. Es un esquema que además incluye la vinculación con el sistema de cuidados para asegurar la atención para las personas adultas mayores como parte de la respuesta pública en el ámbito de la salud y en un marco más amplio de protección social.

De forma general, por medio de un sistema universal de salud es como resulta viable favorecer la equidad en el acceso y los resultados de salud; si bien es claro que ello implica un proceso de reforma en diversas leyes, incluidas las relacionadas con la seguridad social, un tema que va más allá de los alcances de este documento.

Aplicación y próximos pasos

Un punto de partida necesario es establecer la prioridad del logro de la equidad en el acceso y los resultados de salud, esto es, definir como principio que la probabilidad de recibir atención y su calidad no deben limitarse debido a la capacidad de pago de las familias, ni por alguna otra característica de las personas, incluido su origen.

De esta forma, se reconoce el proceso en el que participan los determinantes sociales de la salud, además del papel que desempeña el Estado como garante del derecho a la protección de la salud. Definir este principio en términos prácticos implica establecer indicadores y asignar recursos con la intención de asegurar la equidad.

Este reconocimiento implica, asimismo, señalar la relevancia de la movilidad en salud para impulsar la movilidad social. La responsabilidad del sistema de salud está también en asegurar que la salud de las personas no sea determinada por las condiciones que enfrentaron en sus hogares de nacimiento, sino en establecer las condiciones para que se exprese el potencial de cada persona.

En un escenario deseable, un sistema universal que se enfoque en el acceso efectivo a la salud requiere establecer un mecanismo de pagador único, es decir, un financiamiento por medio de impuestos generales que permita establecer una asignación de recursos equitativa para las personas en el país.

Considerando la experiencia de México en otros procesos de coordinación entre las instituciones del sector salud y para generar una integración de forma gradual en el sistema (por ejemplo, el sistema de protección social en salud), parecería que la dificultad de volver a arreglar el sistema ha desembocado en el pasado en avances limitados. En ese sentido, lo recomendable es crear una nueva arquitectura que inicie por el mecanismo de financiamiento

con un modelo de pagador único. Para ello, es necesario separar los seguros de salud de la seguridad social para integrarlos en un fondo común que permita un financiamiento equitativo a la salud de todas las personas con los recursos públicos disponibles.

En tanto que la inversión pública en salud resulta insuficiente, se necesita avanzar en paralelo para desarrollar mecanismos formales que permitan incrementarla con un enfoque en la equidad, a la vez que aumente la eficiencia del gasto en salud. Esto es, la evidencia muestra que únicamente incrementar los recursos sin modificar las reglas de asignación no logra incidir en la inequidad, y tendría un efecto neutro o incluso podría acrecentar la inequidad (Gutierrez *et al.*, 2020).

Ciertamente, avanzar en la integración para la prestación de servicios de salud implica retos importantes desde el punto de vista normativo, pero fundamentalmente desde el cultural. Como una aspiración, podría plantearse la necesidad de asegurar el acceso a todas las intervenciones existentes para toda la población, pero en la práctica los recursos disponibles son limitados, por lo que se debe establecer la cobertura de intervenciones que es factible garantizar para toda la población, lo que necesariamente requiere un acuerdo social amplio. La definición de este conjunto garantizado de intervenciones puede basarse en las experiencias previas en el país, en particular del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que se definió para el Seguro Popular.

Parte de este acuerdo social es transformar la visión de la salud desde la perspectiva curativa hacia un modelo de salud integral, que de una manera más amplia se enfoque en el cuidado de la salud y en la prevención como un mecanismo también para incrementar la eficiencia del sistema. Esto se traduce en un enfoque de atención primaria a la salud (APS) que permita disminuir al máximo las hospitalizaciones y muertes evitables.

La APS considera esencial poner en el centro a las personas para la atención y el cuidado de la salud, con un abordaje integral a lo largo del ciclo de vida que abarque la promoción de la salud, la prevención, la atención curativa, la rehabilitación y los cuidados paliativos, mediante los cuales sea posible empoderar a las personas y a las familias para el cuidado de su salud, y con un enfoque en los determinantes sociales de la salud (World Health Organization y United Nations Children's Fund, 2018).

Este acuerdo social amplio debe construirse a partir de incentivar el desarrollo de una ciudadanía en salud, la cual dé lugar a una participación extensiva para el ejercicio del derecho a la protección de la salud. Esto lleva a la exigencia de una oferta pública a partir de un conjunto definido de valores, entre los cuales es importante establecer la equidad.

Asimismo, este modelo de atención debe establecer un vínculo claro con el sistema nacional de cuidados para asegurar, como parte del modelo, la atención apropiada y oportuna para las personas adultas mayores y la población infantil, de forma que se libere o remunere el tiempo que las personas (mujeres en su mayoría) destinan en los hogares a esta actividad.

Por otra parte, reconocer el proceso de determinación social de la salud busca generar sinergias conforme a la lógica de considerar la perspectiva de salud en los diferentes ámbitos de las políticas públicas (el enfoque de salud en todas las políticas que fue impulsado por la OMS). Por ejemplo, la interacción entre educación y salud se encuentra ampliamente documentada, como lo está también la incidencia en salud de las políticas sociales (acceso a servicios públicos, transporte, vivienda, etc.). Dicha perspectiva de salud implica, como mínimo, considerar explícitamente las consecuencias para la salud de las políticas públicas, e idealmente buscar contribuir de forma positiva a la salud: condiciones de la vivienda, espacios públicos, etc.

Un problema público de alta relevancia para la salud es el cambio climático. En tanto que las consecuencias más notorias son el incremento de las emergencias por desastres, también se han ampliado las áreas afectadas por enfermedades transmitidas por vectores (como el dengue), y los efectos se asocian también con el incremento de enfermedades zoonóticas debido a que hay una mayor interacción entre los seres humanos y otras especies animales.

Aunque la atención de los determinantes sociales y ambientales de la salud no recaerá sobre el sistema de salud, es necesario visibilizarlos y activamente buscar los mecanismos para atenderlos desde los diferentes ámbitos de la política pública, mediante la identificación, por lo menos, de las consecuencias para la salud que tienen las políticas públicas en todos los ámbitos.

Conclusión

La salud es un mecanismo esencial para promover la movilidad social, lo cual implica la obligación del Estado para garantizar su protección. No obstante, la situación actual de la salud de la población mexicana evidencia rezagos que se exacerban por la inequitativa distribución de los resultados, la cual está fuertemente asociada a la posición social de las personas y refleja esta misma inequidad en el acceso a los servicios. Transitar hacia el acceso efectivo y con equidad a los servicios de salud requiere una decisión explícita de incidir en las inequidades y de priorizar la salud; esto es, se debe incrementar la inversión pública para la atención de la salud y abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud de la población.

Referencias

- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S. y Barrientos-Gutiérrez, T. (2023, 13 de junio). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s163-s168. <https://doi.org/10.21149/14832>
- Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A. y Colchero, M. A. (2023, 8 de junio). Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública de México*, 65, s15-s22. <https://doi.org/10.21149/14813>
- Campos-Nonato, I., Galván-Valencia, Ó., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solís, C. y Barquera, S. (2023a, 14 de junio). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s238-s247. <https://doi.org/10.21149/14809>
- Campos-Nonato, I., Oviedo-Solís, C., Vargas-Meza, J., Ramírez-Villalobos, D., Medina-García, C., Gómez-Álvarez, E., Hernández-Barrera, L. y Barquera, S. (2023b, 14 de junio). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s169-s180. <https://doi.org/10.21149/14779>
- Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T. y Bautista-Arredondo, S. (2020, 24 de noviembre). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 840-850. <https://doi.org/10.21149/11558>

- De la Torre, R. (2020). *REPORTE Movilidad social en salud 2020. Una mirada a las diferencias regionales*. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. <https://ceey.org.mx/boletin-ms-en-el-trabajo-compaginado-comprimido/>
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P. y García-Saisó, S. (2015, 3 de marzo). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>
- García-Díaz, R. (2022, 12 de agosto). Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Serv Res*, 22(1), 1027. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08417-0>
- Gutiérrez, J. P. (2010). Risk Behaviors and Their Consequences for Health, Welfare and Labor Force Participation Among Rural Oportunidades beneficiaries. In *External Evaluation of Oportunidades 2008* (Vol. 1). INSP. <https://ssrn.com/abstract=1650756>
- _____, Agudelo-Botero, M., Garcia-Saiso, S., Zepeda-Tena, C., Davila-Cervantes, C. A., Gonzalez-Robledo, M. C., Fullman, N., Razo, C., Hernández-Prado, B., Martínez, G., Barquera, S. y Lozano, R. (2020, octubre). Advances and challenges on the path toward the SDGs: subnational inequalities in Mexico, 1990-2017. *BMJ Glob Health*, 5(10). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002382>
- Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., Dolci, G. F. y Hernández Ávila, M. (2014, 23 de abril). Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Serv Res*, 14, 186. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-186>
- Gutiérrez, J. P., Shamah-Levy, T., Bertozzi, S. y Rivera-Dommarco, J. Á. (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;, Issue WPS 9001). World Bank.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2022 (Preliminar)*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. y Russell, G. (2013, 11 de marzo). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J. y Taylor, S. (2008, 8 de noviembre). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Nosotr@s AC. (2023). *Radiografía Del Desabasto De Medicamentos En México 2022*. Nosotr@s por la Democracia. <https://cerodesabasto.org/>
- Ochalek, J., Manthalu, G. y Smith, P. C. (2020, 1 de marzo). Squaring the cube: Towards an operational model of optimal universal health coverage. *Journal of Health Economics*, 70, 102282. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102282>
- OECD y The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Orozco, M. E., Espinosa, R., Fonseca, C., Marchant, M. y Vélez-Grajales, R. (2022). *Movilidad social, políticas de cuidados y protección social*. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2022/03/01-Orozco-et-al-2022_compressed.pdf

- Penchansky, R. y Thomas, J. W. (1981, febrero). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19(2), 127-140.
<https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Roberts, M. J., Hsiao, W. C. y Reich, M. R. (2015, 2 de enero). Disaggregating the Universal Coverage Cube: Putting Equity in the Picture. *Health Systems & Reform*, 1(1), 22-27.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2014.995981>
- Saurman, E. (2015). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39.
<https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
- Secretaría de Salud. (2022). *Sistema de Información de la Secretaría de Salud*.
<http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Senyacen, J. (2018). *Gasto en salud per cápita: menos usuarios del Sistema de Salud*. CIEP.
<https://ciep.mx/L4VP>
- Shamah-Levy, T., Gaona-Pineda, E. B., Cuevas-Nasu, L., Morales-Ruan, C., Valenzuela-Bravo, D. G., Méndez-Gómez Humaran, I. y Ávila-Arcos, M. A. (2023, 14 de junio). Prevalencias de sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente de México. Ensanut Continua 2020-2022. *Salud Pública de México*, 65, s218-s224.
<https://doi.org/10.21149/14762>
- Sojo, A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2673-2685.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2022). *2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones*.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>

Velasco-Calderón, O., Castañeda, A. y Gutiérrez, J. P. (2023). Tendencia de las inequidades en homicidios en México para el periodo de 2000 a 2021: análisis ecológico longitudinal. *Rev Panam Salud Publica*, 47, e112.
<https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.112>

World Health Organization. (2012). *Universal Coverage - Three Dimensions*. WHO.

_____ y United Nations Children's Fund. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*.
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>