

Ginecología
Psicología

México

Saludhable

Documento Breve

Obstáculos que afrontan las mujeres mexicanas en los servicios de salud

Análisis cuantitativo y cualitativo

Julio 1, 2026

Dra. Mariana Medina Morales

Índice

Análisis Cuantitativo : Equidad de gasto en salud, 2024 **2**

1. Introducción **3**

2. Determinantes Sociales de la Salud (DSS) **5**

3. Análisis de la equidad del gasto sanitario a partir de la ENIGH **8**

4. Población, vivienda y hogares **10**

5. Ingresos y gastos de los hogares **16**

6. Tabulados con enfoque de género **26**

7. Hallazgos principales **32**

Referencias **33**

Salud y Cuidado: Análisis cualitativo de mujeres frente a las Enfermedades No Transmisibles (ENT) **35**

1. Introducción **36**

2. Ámbito personal y familiar **38**

3. Economía **39**

4. Ámbito Laboral **40**

5. Ámbito Social **41**

6. Recomendaciones **43**

Análisis Cuantitativo

Equidad de gasto en salud, 2024

1. Introducción

El objetivo de este documento es ofrecer un análisis empírico de la equidad del gasto en salud de los hogares en México, utilizando la información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024 realizada por el INEGI. A partir del procesamiento de microdatos y de las estimaciones de los tabulados predeterminados, particularmente de los que muestran el enfoque de género. Los resultados se presentan desagregados a nivel geográfico: nacional, por entidades federativas, localidades urbanas y rurales integrando además la distribución económica por deciles.

Esta información se vincula con los datos de prevalencia por entidad federativa de Enfermedades No Transmisibles (ENT) que reporta la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2024 con la intención de evidenciar las desigualdades persistentes en los hogares que gestionan padecimientos crónicos, así como el panorama de equidad en salud partiendo de las características geográficas, económicas y de género.

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, la equidad en salud es la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica, geográficamente o de otra manera. La equidad en salud está intrínsecamente ligada a los determinantes estructurales y sociales de la salud, ya que estos factores influyen en la distribución del poder y los recursos, así como en los resultados, las experiencias y las oportunidades en materia de salud dentro y entre las poblaciones. (Organización Mundial de la Salud, (s.f).)

Metodológicamente, el análisis parte de la identificación de las fuentes de ingreso y su distribución por género, deciles y área geográfica, para después vincular este origen de recursos con las posibilidades reales de gasto de la población y su distribución por rubros de acuerdo a sus necesidades (alimentación, vivienda, salud, educación, entre otros). Esto permite visibilizar cómo los determinantes sociales actúan como condiciones estructurales que definen la equidad en salud.

Se espera que la evidencia empírica sobre la distribución del gasto en salud contribuya a ubicar la Cobertura Universal de Salud como una prioridad de atención urgente para las instituciones en el país; que los hallazgos contribuyan al diseño de políticas públicas para alcanzar la equidad en salud y eliminar las brechas que afectan a las personas con mayor vulnerabilidad, particularmente a las mujeres y a quienes viven con Enfermedades No Transmisibles (ENT).

2. Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Los determinantes sociales de la salud han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud como: “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su acceso al poder, el dinero y los recursos” (Organización Mundial de la Salud, 2025, párr. 6), los cuales influyen en las inequidades en salud.

Con el fin de concientizar a los gobiernos y a la sociedad sobre dichos determinantes y contribuir en la lucha contra los factores que provocan enfermedades y desigualdad en salud, la OMS ha desarrollado desde hace algunas décadas diversas actividades para dar seguimiento a los determinantes sociales de la salud y a las acciones gubernamentales que los abordan o deben abordarlos.

Así, en 2005 crea la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) cuyo objetivo fue emitir recomendaciones, recabar datos sobre medidas e intervenciones en favor de la equidad en salud y contribuir a la formulación de políticas públicas para mejorar la equidad sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2008). La Comisión cesó sus funciones en 2008 y presentó su informe final con tres principales recomendaciones para los países:



1. Mejorar las condiciones de vida diarias

Poniendo especial atención en las infancias y en las mujeres, en las condiciones que puedan contribuir a su desarrollo, también orientar políticas de protección social para la población en general en las que la participación de la sociedad civil, gobierno y organismos internacionales es necesaria.

2. Abordar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos:

Contener las desigualdades con respecto al ingreso entre hombres y mujeres y en el modo en que está constituida la sociedad. Fortalecer la gobernanza reconociendo la importancia de la sociedad civil, así como de los sectores público y privado para definir intereses en común.

3. Medir y comprender el problema, y evaluar el impacto de las medidas adoptadas.

Evaluar la magnitud de la inequidad en los distintos niveles: subnacional, nacional e internacional que permita un seguimiento de las desigualdades, de los determinantes sociales de la salud y de las políticas e intervenciones que buscan contribuir a establecer la equidad en salud (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Con el objetivo de atender dichas recomendaciones, se han desplegado distintos esfuerzos coordinados a escala global, tales como:

- El establecimiento en 2011 de la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud, misma que fue adoptada durante la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en ese mismo año. La declaración expresa a partir de cinco principales ejes: mejorar la gobernanza, participación y aplicación de políticas, reorientar el sector salud para reducir las inequidades sanitarias, vigilar los progresos y reforzar la colaboración mundial, el compromiso de los países miembros para la implementación de un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud, con el fin de reducir las inequidades (Organización Mundial de la Salud, 2011).
- En 2019, la OMS lanzó la “Iniciativa especial para la acción multinacional sobre los determinantes sociales de la equidad en salud”

(SIMASHE, por sus siglas en inglés). Este fue el primer programa coordinado a nivel global con la intención de abordar las desigualdades en salud derivadas de dichos determinantes sociales.

- La iniciativa se planteó en dos fases: la fase uno abarca el periodo de 2021 a 2024, que establece el objetivo de recopilar pruebas e iniciar acciones, entre las cuales destacan la elaboración del Informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en salud publicado en 2025. La segunda fase de 2025 a 2028, busca implementar las recomendaciones de dicho informe a partir del desarrollo de análisis, políticas, y estrategias para alcanzar la equidad en salud.
- Como se ha mencionado, uno de los determinantes sociales de la salud se vincula estrechamente al acceso de la población a recursos, por lo cual una de las recomendaciones de la OMS aborda la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos con el fin de contribuir a la mejora en las condiciones de equidad en salud.

En tal sentido analizar la equidad en el gasto sanitario en México es posible a partir de la consulta de información recabada por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) sobre la forma en que los hogares distribuyen sus ingresos y gastos, disponible en la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Al recopilar esta información se contribuye a fortalecer las acciones que buscan alcanzar la equidad en salud.



3. Análisis de la equidad del gasto sanitario a partir de la ENIGH

La OMS señala que, de acuerdo con las cifras del informe de desigualdad mundial del año 2022, en las últimas dos décadas la desigualdad persistente en los países es superior a la que existe entre estos, lo cual constituye uno de los principales factores de la inequidad en la salud. De acuerdo con el informe sobre desigualdad mundial de ese año, en 201 países el 10 % de las personas más ricas gana en promedio 15 veces más que el 50 % más pobre, en México, se estimó que en 2024 el ingreso promedio del decil más alto superaba en 14 veces al del decil más bajo (Chancel, Piketty, Saez, & Zucman, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2025; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024).

La ENIGH se realiza en México desde 1984, a partir de 1992 adopta una periodicidad bienal y cuenta con antecedentes que se remontan a 1914 cuando el Departamento de Trabajo realizó por primera vez una encuesta con este propósito, intitulada “Ingresos y egresos de una familia obrera durante la semana que hoy termina, 1914” (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2025, pág. 2).

El objetivo de la encuesta es ofrecer un contexto estadístico sobre el comportamiento del ingreso y gasto de los hogares en cuanto a su monto, procedencia y distribución. También ofrece información socio-demográfica de los miembros del hogar, de la ocupación y de las características de la vivienda la cual permite estimar y analizar las desigualdades y brechas persistentes.

El diseño estadístico de la ENIGH sigue un modelo probabilístico a partir de un muestreo por conglomerados estratificados por etapas. La población de estudio son los hogares y residentes en viviendas particulares, de los cuales se seleccionó una muestra de 105 mil 718 viviendas. La cobertura geográfica de la encuesta abarca 3 niveles de desagregación: nacional, entidades y localidades.

La información de la encuesta se recaba a partir de seis instrumentos de captación. Una vez que se capta la información el INEGI genera microdatos, bases de datos, informes, tabulados y documentos metodológicos que detallan el monto, origen y distribución de los ingresos y gastos. El desglose de la información de cada uno de estos recur-

Los datos pueden consultarse de manera extensa en el documento de diseño conceptual y en los materiales de Referencia de la Red Nacional de Metadatos de la ENIGH. (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2024; 2025).

Para el análisis se utilizó el archivo de microdatos de concentrado hogar que es la base de datos principal de la encuesta porque resume las variables clave de cada vivienda y hogar (ingresos totales, gastos totales, características de la vivienda y equipamiento), la información de los archivos de población y gastos por persona para estimar el gasto en salud por entidad federativa y los tabulados con enfoque de género que proporcionan estimaciones sobre la situación y posición de las mujeres en México.



4. Población, vivienda y hogares

Las estimaciones de la ENIGH 2024 indican que el 78.15 % de la población nacional habita en localidades urbanas (con 2,500 habitantes o más), mientras que el 21.85 % se ubica en localidades rurales (con menos de 2,500 habitantes), lo que indica un patrón de concentración de la población en las ciudades. Con respecto a la distribución de población por género se estimó que del total de la población el 52.1 % son mujeres y 47.9 % hombres; tal distribución presenta una proporción similar en los distintos niveles de desagregación geográfica.

Con respecto a la distribución y tamaño de los hogares en México, se estimó que la población se concentra en un total de 38 millones 830 mil 230 hogares, de los cuales el 79.5 % se encuentran en localidades urbanas, el resto (20.5 %) corresponde a localidades de tipo rural, siendo proporcional la distribución de hogares y población en localidades urbanas y rurales.

Aun cuando hay mayor concentración de hogares en las ciudades, se observa una diferencia en la cantidad promedio de integrantes por hogar; esta es superior en las localidades rurales (3.58) con respecto a las urbanas (3.3) también se registra mayor concentración de integrantes de los hogares menores de 15 años en localidades rurales (0.97) respecto a localidades urbanas (0.69). Finalmente, la estimación de la edad media del jefe del hogar se encuentra entre 50 y 52 años.

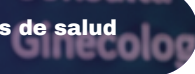
Dinámica económica y laboral: en las zonas rurales, la cifra para integrantes económicamente activos es superior, en los hogares rurales su proporción de personas económicamente activas y ocupadas (98.05 %) es mayor con respecto al porcentaje para localidades urbanas (96.61 %) y al porcentaje estimado a nivel nacional (96.91 %). Sin embargo, esto no significa que las condiciones del ingreso sean equitativas, por lo que más adelante se analizará la información pertinente.

La ENIGH permite estimar la brecha entre los integrantes del hogar ocupados (con empleo) y los perceptores (quienes reciben ingresos por diversas fuentes como becas, remesas, programas sociales, entre otros). Según los datos, esta es menor en localidades rurales (0.52) en comparación con las urbanas (0.58). Esto implica que en espacios con

características de tipo rural existe una mayor dependencia del trabajo directo para obtener ingresos, por otra parte, en las ciudades hay más perceptores que obtienen sus ingresos de fuentes distintas al empleo. Al comparar los resultados de las ediciones de 2024 y 2016 de la encuesta, se observa una reducción de 8.5 % en el tamaño de los hogares. Durante este periodo, las personas integrantes del hogar menores de 15 años disminuyeron 24.8 %, mientras que el grupo de integrantes del hogar de 15 a 64 años se redujo 5.2 %, en promedio. En contraste, las personas integrantes del hogar de 65 años y más aumentaron 21.3 %. En este mismo periodo se observa una baja en las personas perceptoras de 10.2 % por hogar y en los integrantes del hogar ocupados, una baja de 3.4 %. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2025, pág. 3).

Si bien la dinámica demográfica es diferente en los espacios urbanos y rurales, muestran una característica en común: el envejecimiento de la población, que puede reconocerse incluso por la edad media estimada de la persona considerada jefe o jefa del hogar, condición que implica también cambios en las necesidades a cubrir con sus ingresos. La fuente complementaria para este análisis es la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2024. En este ejercicio estadístico el INEGI en coordinación con el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio (UT Health SA), realizan un estudio longitudinal que da seguimiento a través del tiempo a las mismas personas desde su incorporación al estudio y hasta su fallecimiento. El objetivo es reconocer determinantes del envejecimiento, su contexto socioeconómico y los cambios transicionales de la vida en etapa avanzada; para este análisis se recurrió a los resultados de la encuesta 2024 a partir del procesamiento de los microdatos.

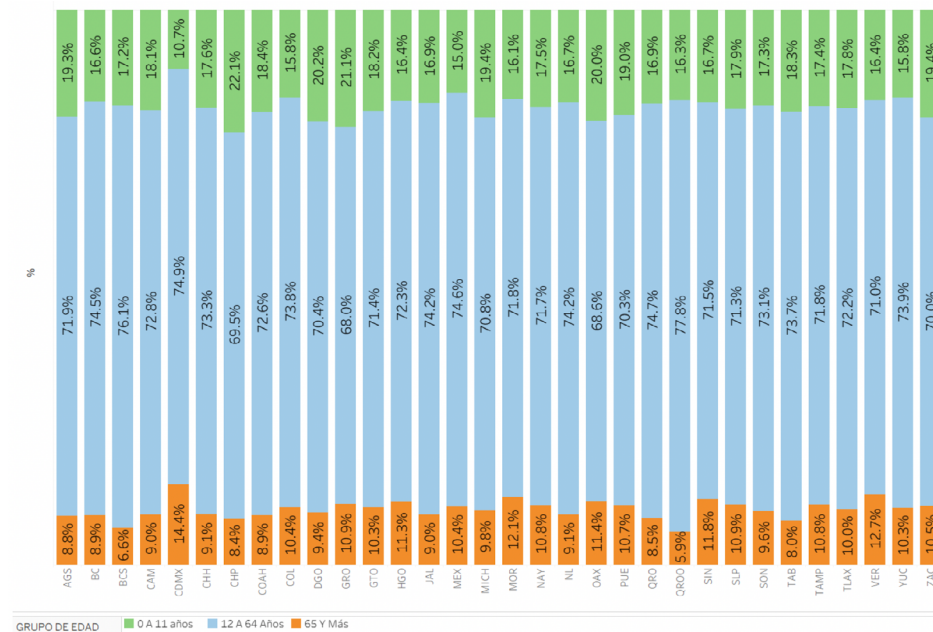
Esta encuesta es de tipo longitudinal, con una periodicidad de levantamiento de cada 3 años, la unidad de observación son las personas de 50 años y más y su pareja, en viviendas particulares, el nivel de representatividad es nacional por tamaños de localidad de menos de 100 mil habitantes y de 100 mil habitantes y más. La muestra basal del año 2001 consideró a 14 millones 605 mil 727 personas de 50 años y más, en los años 2012, 2018 y 2024 se hicieron adiciones a la muestra por lo que actualmente se consideran 31 millones 953 mil 135 personas de 50 años y más. La muestra efectiva en 2024 fue de 21 personas de 50 años y más y la información se recabó por entrevista directa a 18 mil 560 personas de 50 años y más, 1 mil 474 entrevistas a persona sustituta y 1 mil 267 entrevistas sobre persona fallecida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2026).



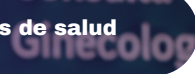
La cobertura temática de la encuesta se agrupa en las categorías: Características sociodemográficas, Vivienda, Migración, Datos económicos, Salud física y mental, Estilo de vida y uso del tiempo. La actualización temática de la encuesta registra información sobre condiciones de problemas en la infancia y adolescencia asociadas al consumo de alcohol o drogas de padres o tutores, condición de habla de otro idioma o lengua, precepción de discriminación, percepción de síntomas por tres meses o más debido al COVID – 19.

Con base en ambos instrumentos se analiza la dinámica demográfica de la población. De acuerdo con la ENIGH 2024, la población a nivel nacional por grandes grupos de edad muestra las siguientes proporciones: niños de 0 a 11 años (17.0 %), jóvenes – adultos de 12 a 64 años (72.5 %), y adultos mayores de 65 y más años (10.3 %). Las proporciones por entidad federativa se observan en la figura 1.

Figura 1. Porcentajes de población por grandes grupos de edad en las entidades federativas, 2024



Elaboración con base en (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024)

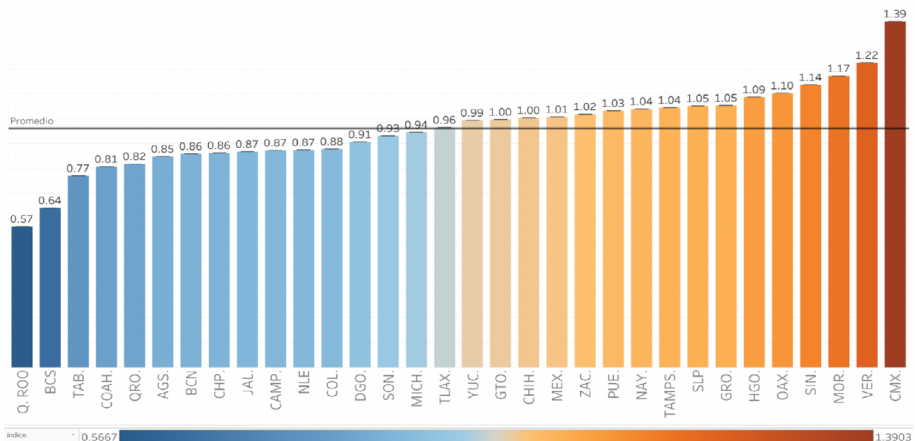


La figura 1 muestra la distribución de la población por grupos de edad, para 2024 se estimó que el 10.3 % de la población a nivel nacional es adulta mayor, es decir que tenía 65 años o más. Sin embargo, el envejecimiento por entidad federativa no es homogéneo, por ejemplo, mientras que la Ciudad de México es la entidad con mayor concentración de adultos mayores (14.4 %), Quintana Roo concentra apenas el (5.9 %) con respecto a su población total.

Las implicaciones sobre la dinámica de envejecimiento se asocian al cambio en las necesidades de la población, la demanda de bienes y servicios. En la figura 2 se puede apreciar el índice de envejecimiento relativo por entidad federativa para 2024.

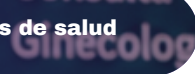
Para la Ciudad de México es de 1.39, significa que la presencia de adultos mayores es 39 % superior en comparación con el promedio nacional. En contraste, Quintana Roo presenta una concentración 43 % inferior al promedio nacional.

Figura 2. Índice de envejecimiento relativo por entidad federativa, 2024



Elaboración con base en (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024)

Para complementar la estimación del índice de envejecimiento por entidad con las estimaciones de la ENASEM, se calculó la carga de salud por entidad federativa mediante una extrapolación de las tasas de prevalencia nacional para las enfermedades: hipertensión arterial, diabetes y cáncer.



El procedimiento consistió en aplicar los valores relativos observados para la cohorte de 60 a 69 años, de dichas enfermedades, desagregados por género, para empalmar la información con la proporción de adultos mayores por entidad federativa. Esta metodología permitió estimar la prevalencia de las tres enfermedades en adultos mayores por entidad federativa y género en términos porcentuales, bajo el supuesto de un comportamiento epidemiológico equivalente al observado a nivel nacional.

Figura 3. Prevalencia estimada de enfermedades crónicas en adultos mayores por género y entidad federativa, 2024

Entidad	Cáncer		Diabetes		Hipertensión arterial	
	H	M	H	M	H	M
AGS	1.8%	3.4%	21.0%	23.4%	31.1%	41.5%
BC	1.8%	3.4%	21.0%	23.4%	31.2%	41.4%
BCS	1.8%	3.3%	21.6%	22.8%	32.1%	40.4%
CAM	1.7%	3.4%	20.8%	23.5%	31.0%	41.7%
CDMX	1.8%	3.4%	21.1%	23.2%	31.4%	41.2%
CHH	1.9%	3.2%	22.7%	21.8%	33.7%	38.6%
CHP	1.8%	3.4%	21.2%	23.1%	31.5%	41.1%
COAH	1.9%	3.2%	22.2%	22.2%	33.0%	39.5%
COL	1.8%	3.4%	21.4%	23.0%	31.7%	40.8%
DGO	1.6%	3.6%	19.2%	25.0%	28.5%	44.3%
GRO	1.6%	3.6%	19.6%	24.6%	29.2%	43.6%
GTO	1.8%	3.4%	21.1%	23.2%	31.4%	41.2%
HGO	1.7%	3.5%	20.5%	23.8%	30.4%	42.3%
JAL	1.8%	3.4%	21.3%	23.1%	31.6%	41.0%
MEX	1.8%	3.4%	21.0%	23.4%	31.1%	41.5%
MICH	1.7%	3.5%	20.4%	23.9%	30.4%	42.3%
MOR	1.8%	3.4%	21.2%	23.2%	31.5%	41.1%
NAY	1.7%	3.5%	20.7%	23.7%	30.7%	42.0%
NL	1.8%	3.3%	22.1%	22.3%	32.8%	39.6%
OAX	1.8%	3.3%	21.8%	22.6%	32.3%	40.2%
PUE	1.7%	3.5%	20.6%	23.7%	30.6%	42.1%
QRO	1.8%	3.4%	21.0%	23.3%	31.2%	41.4%
QROO	1.8%	3.3%	21.5%	22.9%	31.9%	40.7%
SIN	1.8%	3.4%	21.4%	23.0%	31.8%	40.8%
SLP	1.9%	3.2%	22.3%	22.2%	33.1%	39.4%
SON	1.9%	3.2%	22.7%	21.8%	33.7%	38.7%
TAB	1.8%	3.3%	21.4%	23.0%	31.8%	40.7%
TAMP	1.9%	3.1%	23.0%	21.5%	34.1%	38.2%
TLAX	1.8%	3.3%	21.6%	22.8%	32.0%	40.5%
VER	1.6%	3.6%	19.5%	24.7%	29.0%	43.8%
YUC	1.8%	3.4%	21.3%	23.1%	31.6%	40.9%
ZAC	1.8%	3.3%	21.6%	22.8%	32.1%	40.4%

Nota: La suma de los porcentajes por fila es superior al 100 % porque hay personas que presentan más de un padecimiento, elaboración con base en ENASEM 2024 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2026).



Con base en la ENASEM 2024, se estimó que el 72.1% de los adultos mayores en México vive con al menos una enfermedad crónica. Al desagregar estos datos, se identifica que la carga de enfermedad no es equitativa: las mujeres presentan prevalencias mayores que los hombres en los tres padecimientos analizados. La hipertensión es la enfermedad más frecuente. Por ejemplo, en entidades como Durango, Guerrero y Veracruz, afecta a más del 43 % de las mujeres.

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en adultos mayores por género

Enfermedad	Mujeres	Hombres	Diferencia
Hipertensión	40 de cada 100	30 de cada 100	+10% en mujeres
Diabetes	20 de cada 100	20 de cada 100	Paridad (2:10)
Cáncer	3 de cada 100	2 de cada 100	+1% en mujeres

Elaboración con base en ENASEM 2024 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2026).

La Tabla 1 muestra la prevalencia de las tres ENT seleccionadas y sus diferencias por género; estas cifras deben considerarse para el diseño de programas de prevención y atención que garanticen la equidad sanitaria atendiendo las brechas persistentes. Los hallazgos se complementarán en las secciones posteriores con los datos sobre ingreso, gasto en salud y las estimaciones por género.

5. Ingresos y gastos de los hogares

Los resultados de la ENIGH 2024 muestran una estimación para el ingreso y gasto promedio total trimestral por hogar.

La estimación del ingreso promedio total trimestral por hogar en México fue de 81 mil 920 pesos para ese año.

Este monto se compone del ingreso corriente total: 77 mil 864 pesos, y de las percepciones financieras y de capital: 4 mil 056 pesos. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2025, pág. 4)

Con relación al gasto monetario, la ENIGH 2024 reportó que el gasto promedio total trimestral fue de 72 mil 705 pesos (88.7 % del ingreso). Para estimar el gasto total trimestral se utilizan los componentes del gasto corriente total.

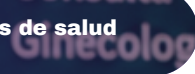
Considerando la proporción de ingresos que los hogares destinan al gasto corriente, la alta prevalencia de enfermedades crónicas (72.1 %) representa un riesgo en términos económicos con respecto a las posibilidades de atender a los miembros del hogar que las presentan, pues además el ingreso en la población está distribuido de manera desigual, lo que compromete la equidad sanitaria.

En esta sección se estima el ingreso por deciles de los hogares, por género y entidad federativa, así como la proporción del gasto en cuidados de la salud para reconocer en qué medida la desigualdad en la distribución de los ingresos afecta la equidad sanitaria.

Tabla 2. Ingreso Corriente Medio por Deciles

DECIL	HOGARES POR DECIL	POBLACIÓN POR DECIL	INGRESO CORRIENTE TRIMESTRAL	INGRESO CORRIENTE MEDIO TRIMESTRAL	INGRESO CORRIENTE MEDIO MENSUAL	% CONCENTRACIÓN DE RIQUEZA	% INGRESOS OBTENIDOS POR TRABAJO
I	3,882,924	9,651,933	65,214,297,352	16,795.2	5,598.4	2.2	42.4%
II	3,883,042	10,772,752	109,876,949,281	28,296.6	9,432.2	3.6	55.6%
III	3,883,010	11,730,225	143,067,248,732	36,844.4	12,281.5	4.7	60.3%
IV	3,882,672	12,446,743	175,667,275,040	45,243.9	15,081.3	5.8	63.4%
V	3,883,138	12,957,390	210,880,450,648	54,306.7	18,102.2	7.0	66.0%
VI	3,883,019	13,738,264	250,838,358,847	64,598.8	21,532.9	8.3	69.3%
VII	3,883,005	14,149,906	300,736,708,045	77,449.5	25,816.5	9.9	70.3%
VIII	3,882,963	14,818,724	370,004,032,367	95,289.1	31,763.0	12.2	70.4%
IX	3,883,293	15,170,855	480,401,537,281	123,709.8	41,236.6	15.9	70.2%
X	3,883,164	14,789,426	916,784,075,246	236,092.0	78,697.3	30.3	82.8%
NACIONAL	38,830,230	130,226,218	3,023,470,932,840	77,863.8	25,954.6	100.0	65.63%

Elaboración con base en ENIGH (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2025)

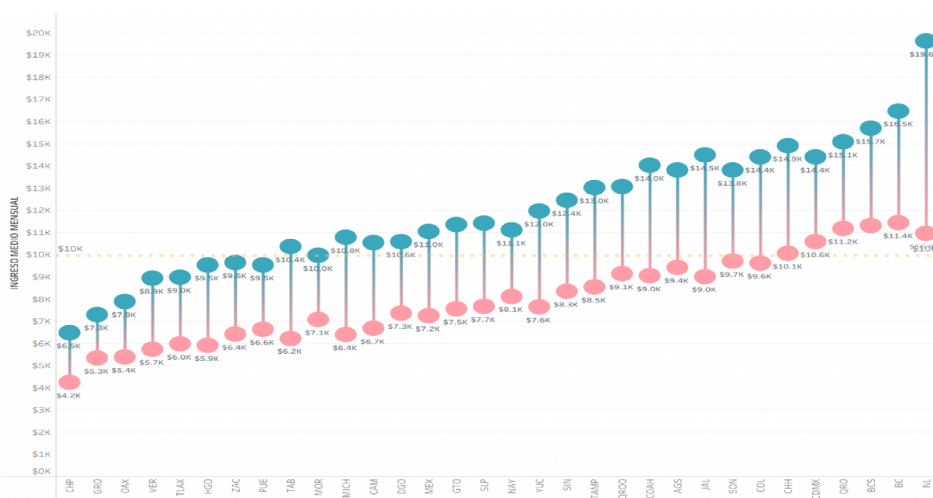


La estimación del ingreso corriente por decil muestra la desigualdad persistente en la distribución de los ingresos en México, mientras el 10 % de los hogares con el ingreso corriente medio mensual más bajo concentra apenas el 2.2 % de la riqueza total, lo cual implica un ingreso de 5 mil 598.4 pesos por hogar, de los cuales el 42.2 % son obtenidos por trabajo directo (2 mil 373.7 pesos). Por su parte, los hogares del decil más alto concentran el 30.3% de la riqueza del país, su ingreso corriente medio mensual es de 78 mil 697.3 pesos mensuales de los cuales el 62.8 % son obtenidos directamente por trabajo (49 mil 421.9 pesos). La diferencia entre los ingresos del decil más alto y el más bajo es 14 a 1.

Además de la desigualdad persistente en el ingreso dada la distribución por deciles, al analizar el ingreso medio mensual por género y entidad federativa es posible identificar en cuáles territorios la brecha salarial limita la capacidad de las mujeres para cubrir sus gastos en salud.

Las estimaciones con respecto al ingreso medio mensual por género muestran que solo en cinco entidades el ingreso de las mujeres supera el promedio nacional. Esto implica que en el 85% del territorio las mujeres reciben un ingreso inferior. En contraste, los hombres presentan un panorama opuesto: solo en ocho entidades su ingreso se sitúa por debajo del promedio nacional.

Figura 4. Ingreso medio mensual por género y entidad federativa, 2024



Elaboración con base en ENIGH (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2025).

La distribución de los ingresos condiciona las posibilidades efectivas de gasto en los hogares. Particularmente en el ámbito de “cuidados de la salud”, las estimaciones de la ENIGH apuntan a que, en promedio, los hogares destinan a nivel nacional 3.4 % de su ingreso corriente a cubrir dichos gastos.

Las categorías y la distribución porcentual del gasto en salud a nivel nacional son:

- 1 Medicamentos y productos sanitarios 37.86 %
- 2 Atención ambulatoria y otros servicios 35.25 %
- 3 Atención hospitalaria 26.88 %

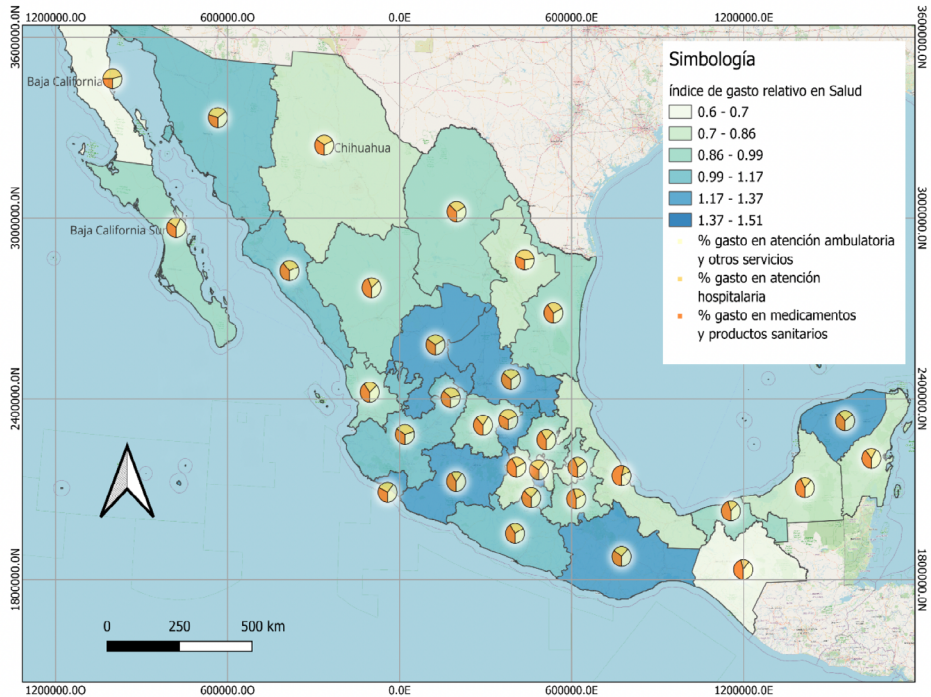
El Mapa 1, muestra el índice de gasto relativo en salud; medido como el número de veces que el gasto en salud por hogares y entidad federativa supera el gasto en salud promedio a nivel nacional, así como las proporciones de gasto de acuerdo a las 3 categorías enlistadas previamente: los hallazgos muestran que al menos la mitad de las entidades superan el gasto medio en salud de los hogares, siendo las cuatro con mayor gasto por hogar la Ciudad de México (1.51 veces superior al promedio), seguida de Zacatecas (1.36), Querétaro (1.34) y Oaxaca (1.33).

Las causas explicativas de que la proporción de gasto en salud en estas entidades supere el promedio nacional se relacionan con la dinámica demográfica (el índice de envejecimiento), económica y el contexto geográfico. Por ejemplo, tanto en la Ciudad de México como en Querétaro la concentración de la población y las actividades económicas generan un mayor desarrollo económico lo que implica una relación entre los niveles de ingreso y una oferta de servicios públicos y privados para la atención de la salud. Por su parte, en Oaxaca y Zacatecas existe una distribución menos concentrada de la población, así como de las actividades económicas, por lo que la población destina una proporción mayor de sus ingresos a cubrir necesidades de salud dada la insuficiencia en los servicios públicos.

Las entidades con el menor gasto relativo son Coahuila (0.60), Baja California (0.70), Quintana Roo (0.75) y Veracruz (0.76). Esta distribución puede explicarse también por la dinámica demográfica, las actividades económicas y la derechohabencia a los servicios de salud. Particularmente en Quintana Roo el dato se asocia a la estructura demográfica: el índice de envejecimiento ubica a esta entidad en la última posición a nivel nacional, lo que implica que su población, al ser

más joven, no requiere destinar la misma cantidad de ingresos a salud en comparación con entidades cuya carga de enfermedades crónicas asociadas a la edad es mayor.

Mapa 1. Índice de gasto relativo en Salud por entidad federativa y proporciones del gasto en salud, 2024



Elaboración con base en la ENIGH y el Marco Geostatístico Nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2025; 2025)

En la proporción del gasto en salud de acuerdo con las 3 categorías que agrupa la ENIGH se encontró que la distribución por entidades no necesariamente se relaciona con las estimaciones medias a nivel nacional.

Por ejemplo, en el caso de la Ciudad de México las proporciones de gasto para 2024 son:

- 1 Medicamentos y productos sanitarios 32.4 %
- 2 Atención ambulatoria y otros servicios 38.6 %
- 3 Atención hospitalaria 27.5 %

La atención ambulatoria y otros servicios son la categoría principal, explicada por la oferta especializada en salud y la oportunidad o necesidad que la población tiene de acudir a instituciones privadas aun cuando pueda ser derechohabiente del sector público para atender determinados padecimientos. En la siguiente figura se muestra la proporción de gasto en salud por categorías y entidades federativas.



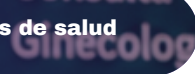
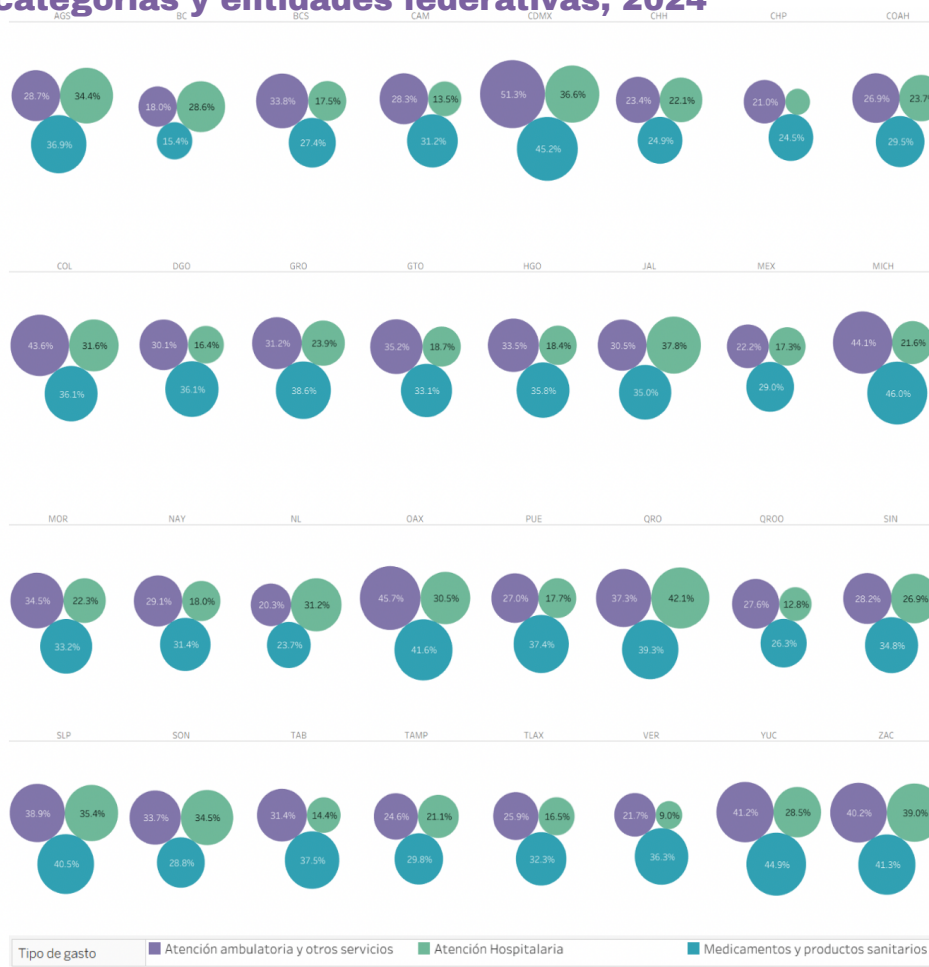


Figura 5. Distribución de gasto en salud por categorías y entidades federativas, 2024



Elaboración con base en (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024)

Las entidades que registran un porcentaje alto de atención hospitalaria estarían enfrentando “gastos catastróficos” al tener que destinar una mayor proporción de sus ingresos a la atención en salud que no es cubierta por el sector público. Al tratar emergencias, las entidades con un gasto mayor al 30% son: Querétaro (42.1%), Zacatecas (38.9%), Jalisco (37.7%), Ciudad de México (36.5%), San Luis Potosí (35.4%), Sonora (34.5%), Aguascalientes (34.3%), Colima (31.5%), Nuevo León (31.1%) y Oaxaca (30.5%).

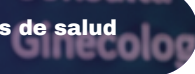
Las entidades en las cuales el gasto en medicamentos y productos sanitarios es mayor indican la prevalencia de población con ENT cuyo gasto duplica inclusive el de la hospitalización por lo cual se asume que es un gasto recurrente en personas que podrían estar adscritas a los servicios de salud, pero enfrentar la adquisición de medicamentos e insumos por cuenta propia. En la mayoría de las entidades este gasto representa más del 30 % del gasto en salud, pero en las entidades siguientes el porcentaje es mayor al 40 %: Michoacán (45.9 %), Ciudad de México (45.1 %), Yucatán (44.8 %), Zacatecas (41.2 %), San Luis Potosí (40.4 %).

Además de la Ciudad de México las entidades con los porcentajes más altos de gasto en salud en atención ambulatoria y otros servicios son: Oaxaca (51.3 %), Michoacán (45.6 %), Colima (44.0 %), Yucatán (41.2 %) y Zacatecas (40.1 %).

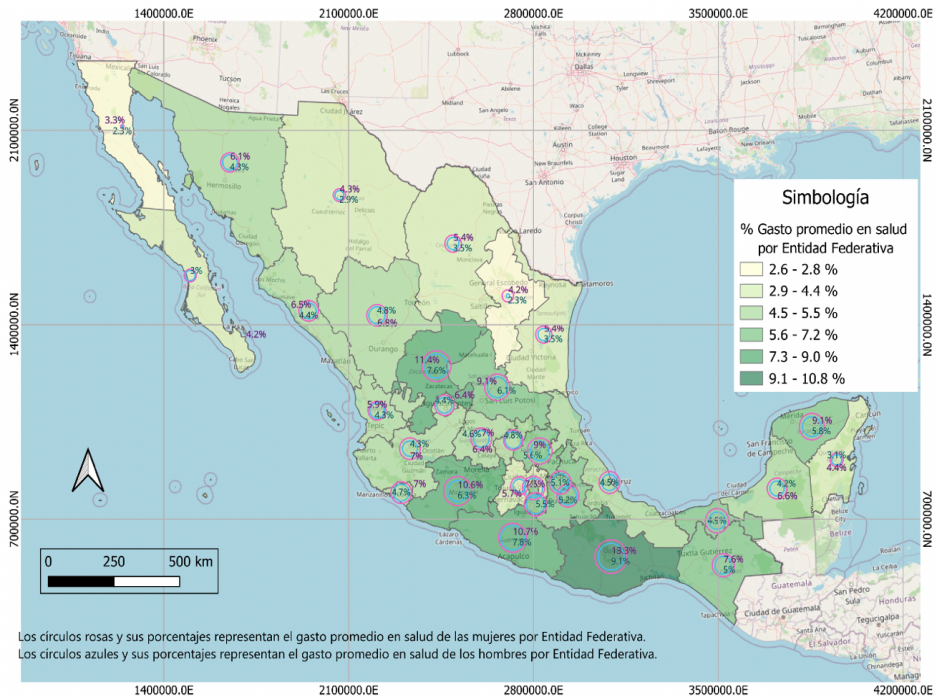
Al relacionar el porcentaje de gasto promedio en salud por entidad federativa y género es posible apreciar que, en lo general, las mujeres destinan una proporción mayor de sus ingresos a cubrir sus gastos en salud. Las entidades en las que el gasto es superior hasta 4 veces el promedio nacional (3.4 %) son: Oaxaca (13.3 %), Zacatecas (11.4 %), Guerrero (10.7 %) y Michoacán de Ocampo (10.6 %). En Oaxaca y Zacatecas la diferencia de gasto entre hombres y mujeres es mayor al 4 por ciento.

Las entidades con los menores porcentajes de gasto en salud son: Baja California (3.2 %), Nuevo León (4.1 %), Baja California Sur (4.2 %) y Chihuahua (4.2 %), la diferencia de gasto con relación al género se encuentra entre el 1% y el 1.3 %.





Mapa 2. Porcentaje de gasto promedio en salud por entidad federativa y por género, 2024



Elaboración con base en la ENIGH y el Marco Geoestadístico Nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2025; 2025).

Finalmente, en esta parte del documento se asocia el porcentaje destinado a cubrir gastos de salud y el ingreso por deciles de la población encontrando hallazgos relevantes. En primer lugar, debe señalarse que la desigualdad económica persistente en el país imposibilita a una gran parte de la población a cubrir sus necesidades en salud.

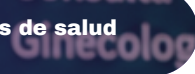


Figura 6. Porcentaje del ingreso destinado al gasto en salud por entidad federativa y decil, 2024

Entidad	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
OAX	21.5%	12.7%	9.4%	7.5%	6.1%	4.9%	4.0%	3.2%	2.4%	1.4%
GRO	16.7%	10.0%	7.5%	6.1%	5.2%	4.3%	3.5%	2.8%	2.2%	1.2%
ZAC	15.1%	9.2%	7.4%	6.1%	5.2%	4.3%	3.6%	2.9%	2.3%	1.3%
SLP	14.6%	8.5%	6.4%	5.1%	4.1%	3.4%	2.8%	2.2%	1.7%	1.0%
MICH	12.7%	7.5%	5.8%	4.9%	4.2%	3.6%	3.1%	2.5%	2.0%	1.0%
YUC	11.1%	6.9%	5.3%	4.3%	3.6%	3.1%	2.6%	2.2%	1.7%	0.9%
HGO	10.8%	6.8%	5.3%	4.3%	3.6%	3.1%	2.6%	2.2%	1.7%	1.0%
TAB	10.3%	6.3%	4.9%	4.1%	3.4%	2.8%	2.4%	1.9%	1.5%	0.8%
MOR	9.6%	6.1%	4.8%	4.1%	3.4%	2.9%	2.4%	2.0%	1.6%	0.9%
CHP	10.2%	6.2%	4.8%	4.0%	3.3%	2.7%	2.3%	1.9%	1.5%	0.8%
PUE	9.4%	6.0%	4.9%	4.0%	3.4%	2.9%	2.4%	2.0%	1.5%	0.8%
CDMX	9.8%	6.0%	4.7%	3.9%	3.2%	2.7%	2.2%	1.8%	1.4%	0.7%
COL	9.2%	5.8%	4.6%	3.8%	3.2%	2.7%	2.3%	1.9%	1.5%	0.8%
VER	8.7%	5.7%	4.5%	3.8%	3.3%	2.7%	2.3%	1.9%	1.5%	0.8%
QRO	9.0%	5.5%	4.4%	3.6%	3.1%	2.6%	2.2%	1.8%	1.4%	0.8%
TLAX	8.4%	5.4%	4.3%	3.7%	3.1%	2.7%	2.3%	1.8%	1.5%	0.9%
DGO	9.4%	5.5%	4.2%	3.4%	2.8%	2.4%	2.1%	1.7%	1.4%	0.8%
JAL	8.3%	5.3%	4.2%	3.5%	3.0%	2.5%	2.1%	1.8%	1.4%	0.7%
GTO	8.3%	5.1%	4.1%	3.4%	2.9%	2.5%	2.1%	1.7%	1.4%	0.8%
CAM	8.9%	5.2%	4.1%	3.4%	2.8%	2.4%	2.0%	1.6%	1.2%	0.7%
AGS	7.4%	4.9%	3.9%	3.2%	2.7%	2.4%	2.0%	1.7%	1.3%	0.7%
NAY	7.9%	4.8%	3.8%	3.0%	2.6%	2.2%	1.8%	1.5%	1.2%	0.7%
SON	7.8%	4.8%	3.8%	3.1%	2.6%	2.2%	1.8%	1.5%	1.2%	0.6%
SIN	7.3%	4.6%	3.7%	3.1%	2.6%	2.2%	1.9%	1.6%	1.3%	0.8%
TAMP	7.3%	4.4%	3.4%	2.8%	2.4%	2.0%	1.7%	1.4%	1.1%	0.7%
MEX	5.8%	3.8%	3.1%	2.7%	2.3%	2.0%	1.7%	1.4%	1.1%	0.6%
COAH	6.2%	4.0%	3.1%	2.6%	2.2%	1.9%	1.6%	1.3%	1.1%	0.6%
CHH	6.4%	3.6%	2.7%	2.2%	1.9%	1.6%	1.4%	1.1%	0.9%	0.5%
BCS	5.4%	3.2%	2.5%	2.1%	1.8%	1.5%	1.3%	1.1%	0.9%	0.5%
QROO	5.2%	3.2%	2.5%	2.1%	1.8%	1.6%	1.3%	1.1%	0.9%	0.5%
NL	5.3%	3.2%	2.5%	2.1%	1.8%	1.5%	1.3%	1.1%	0.8%	0.3%
BC	3.9%	2.5%	2.0%	1.7%	1.5%	1.3%	1.1%	0.9%	0.7%	0.4%

Elaboración con base en (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024).

Entre los principales resultados se encuentra la diferencia entre la proporción del ingreso que destina a gasto en salud la población que pertenece al decil más bajo de ingresos (entre el 4% y el 20%), con respecto a la proporción que destina la población de los hogares de ingresos más altos, (entre el 0.43 % y el 1.4 %).

Son cinco las entidades en las que el gasto en salud como proporción del ingreso es mayor que el promedio nacional: Michoacán de Ocampo, San Luis Potosí, Zacatecas, Guerrero y Oaxaca, en esta última el gasto en salud es del 21.5 % en el decil de ingresos más bajo.

Se encontró antes que en los hogares del decil más bajo, el ingreso se compone en promedio de un 42.4 % de ingresos por trabajo, esto implica, por ejemplo, que la mitad de los ingresos por trabajo se destinarían al gasto en salud, como sucede en el caso de Oaxaca. Los y las receptoras de ingresos en el hogar no pueden dejar de trabajar, ausentarse, o presentar ninguna eventualidad porque eso condicionaría en un 50 % directamente su salud y la de los miembros del hogar.

En la última sección de este documento se analiza además de la desigualdad en la distribución del gasto en salud por entidades, cuáles son los retos a los que se enfrentan las mujeres, pues según la estimación de la ENIGH, el ingreso corriente medio de las mujeres en México es 34.2 % menor al de los hombres, esto es, 4 mil 111 pesos menos en promedio.

6. Tabulados con enfoque de género

Con relación a las características de los integrantes del hogar por edades se estima que en los hogares donde el jefe es una mujer la proporción de adultos mayores es más alta (12.2 %) que en aquellos donde el jefe del hogar es hombre (9.6 %). Esto muestra la responsabilidad que adquieren las mujeres en la atención de adultos mayores, tanto en cuidados como económicamente.

Si se analiza la condición de acceso a los servicios de salud puede estimarse que apenas el 63.3 % de la población cuenta con derechohabencia a los servicios públicos en las siguientes proporciones: IMSS (41.2 %), ISSSTE (5.3 %), Secretaría de Salud (10.5 %), Pemex, privado u otro (7.5 %). Cuatro de cada diez mexicanos no cuentan con acceso a servicios de salud en el sector público hecho que los pone en desventaja, pues la atención que pueda recibir en situaciones de enfermedad estará enteramente condicionada por su estatus económico: empleo e ingresos.

Por otra parte, al considerar a la población de adultos mayores (65 y más años) el 73.6 % de la población cuenta con derechohabencia, es decir, 3 de cada 10 adultos mayores, no tiene acceso a los servicios de salud. Las proporciones de derechohabencia a los servicios públicos se distribuye como sigue: 73.6 %: IMSS, 63.4 %: ISSSTE, 14.8 %: instituciones de salud pública, 12.4 %: Pemex, privado u otro (12.0 %). La atención médica por género es proporcional.

La ENIGH reúne también información por género con respecto a la salud preventiva y previsión social de este grupo de edad. En cuanto a la salud preventiva se estima que 8 de cada 10 adultos mayores (81.8 %) recibió algún cuidado preventivo de salud en 2024: medición de peso y talla (91.8 %), prueba de diabetes (67.5 %), prueba de presión arterial (82.7 %). El resto (18.2 %) no recibió cuidados preventivos. La distribución de las proporciones no muestra diferencias significativas por género.

- Previsión social: del total de adultos mayores el 28 % se encuentran ocupados: la proporción de hombres (41.9 %) es el doble con respecto a las mujeres (20.6 %). aunque en promedio las prestaciones que reciben son proporcionales: SAR o Afore (7.3 %), seguro de gastos médicos mayores, por invalidez o incapacidad médica (9.6 %), seguro de vida (13.2 %).
- Las condiciones en las que se encuentran los adultos mayores no económicamente activos o desocupados (72 %) son diferentes por género en cuanto a las prestaciones con las que cuentan: solo el 3 % contrata algún seguro de manera voluntaria, el 17.6 % cuentan con SAR o Afore, aunque al desagregar esta cifra por género: hombres (20.5 %) y mujeres (11.9 %), los porcentajes muestran la brecha en la cobertura de salud que enfrentan las mujeres en su etapa de retiro.

Por cuanto se refiere a la condición de ocupación por gran sector de actividad económica, la distribución a nivel nacional es: Sector Primario (12.6 %), Sector Secundario (24.0 %) y Sector Terciario (62.8 %). La estimación por género para el número de personas ocupadas en el sector terciario indica que la proporción es mayor en un 10.2 % en mujeres con respecto a la cantidad de hombres ocupados en el mismo.

El sector en el que la población se ocupa determina tanto el nivel de ingreso por el trabajo como la estabilidad laboral: el sector secundario ofrece una mayor estabilidad respecto al sector terciario, por ejemplo. En cuanto a la derechohabencia en los servicios de salud, además del tipo de actividades que se integran, el sector terciario incluye actividades de distintos niveles de especialización y una mayor inestabilidad en la contratación, prestaciones laborales y permanencia. Al respecto, de acuerdo con la ENIGH, la desocupación es mayor también en mujeres (3.8 %) con relación a los hombres (2.8 %).

Al considerar la distribución por tamaño del hogar, el porcentaje de hogares con un integrante es mayor en mujeres (19.6 %) con respecto a hombres (10.7 %). Esto implica que las mujeres enfrentan sus gastos de manera independiente en una relación 2 a 1.

Además de las desigualdades persistentes en el ingreso, proporción de gasto en salud y prevalencia de ENT por género, la ENIGH reporta las estimaciones del grado de participación relativa de las y los jefes del hogar en actividades adicionales al trabajo, como cuidados a miembros del hogar, trabajo doméstico y trabajo comunitario.

- Se estima que las mujeres dedicadas exclusivamente a cuidar a miembros del hogar destinan en promedio 36.1 horas a la semana, en comparación con los hombres que realizan la misma actividad, que sólo dedican 22.3 horas a la semana en promedio.
- Las mujeres que realizan trabajo doméstico y cuidan a los miembros del hogar dedican 54 horas en promedio a la semana, 15.6 horas más con respecto a las horas que dedican los hombres (38.4).
- Las mujeres que realizan las 3 actividades: están ocupadas, realizan trabajo doméstico y cuidan a miembros del hogar, dedican en promedio 8 horas más a la semana en comparación con los hombres que realizan las mismas actividades.

La ENIGH estima también la tasa de participación por género en el ingreso del hogar combinando tres variables: la situación conyugal, el nivel de escolaridad y el número de hijos:

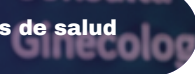
- Existe una relación directa entre el grado de escolaridad y la capacidad de participar económicamente. El porcentaje de mujeres con educación media superior o superior que recibe ingresos es del 73.9 %, es decir, 7 de cada 10 mujeres están activas en el mercado laboral y son remuneradas.

Además, la diferencia del ingreso por género con educación primaria o posgrado es profunda lo cual limita también las posibilidades de consumo y gasto.

La figura 7 muestra la relación entre nivel de escolaridad: primaria, posgrado y el ingreso promedio mensual de hombres y mujeres por entidad federativa.

Se consideraron los dos extremos de escolaridad para reconocer las diferencias persistentes en el nivel de ingresos. En lo general, se observa que alcanzar un mayor nivel educativo permite a las mujeres acceder a mejores ingresos; sin embargo, estos siguen siendo inferiores a los que perciben los hombres con la misma preparación, manteniendo la brecha salarial en la gran mayoría de las entidades federativas.

Particularmente en el caso de Nuevo León la disparidad es significativa: el ingreso promedio de los hombres con posgrado duplica al que reciben las mujeres con la misma preparación académica. En Tamaulipas la brecha absoluta es de \$36 mil 179 entre hombres y mujeres con



posgrado, el ingreso promedio que reciben las mujeres con posgrado es apenas \$2 mil 325 pesos superior al de las mujeres que tienen solo la primaria.

Sólo en los casos de Nayarit y Michoacán el ingreso de las mujeres con posgrado es superior al de los hombres.

De acuerdo con la estimación del ingreso para 2024, en todas las entidades federativas las mujeres con primaria ganan menos que los hombres con el mismo nivel educativo.

Figura 7. Brecha de ingresos por género, entidad federativa y niveles extremos de escolaridad



Elaboración con base en (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024).

Situación conyugal, cuando una mujer se separa, se divorcia o enviuda se obliga también a asumir el rol de proveedora del hogar, aportando el 92.4% del ingreso del hogar; cuando esta situación se combina con el número de hijos el porcentaje se incrementa significativamente: con un hijo (89.3 %), con dos a tres hijos (93.0 %), con cuatro hijos o más (93.9 %), una mujer no puede dejar de trabajar aun en las condiciones de desigualdad porque eso significa no poder sostener las necesidades propias y las de sus hijos.

También las mujeres que viven en unión conyugal enfrentan desigualdades con respecto al ingreso y el cuidado de sus hijos:

- Una mujer casada con hijos participa en menor proporción con respecto al ingreso de aquellas que están casadas, pero no tienen hijos. Esto se explica porque el cuidado recae particularmente en ellas y en el número de horas dedicadas a labores domésticas y de trabajo no remunerado: el 71.5 % de las mujeres casadas sin hijos reciben ingresos, cuando tienen un hijo este porcentaje desciende en un 10.1 %-. Paradójicamente la participación vuelve a aumentar cuando tienen dos o más hijos, ya que la presión económica las obliga a reinsertarse en el mercado laboral para cubrir las necesidades básicas, sumando esta carga al trabajo no remunerado y de cuidados.

La maternidad es un factor determinante para la inserción laboral en el país. El 57.8 % de las mujeres solteras de más de 12 años reciben ingresos. Este porcentaje varía según su situación familiar:

- Mujeres solteras sin hijos: 53 % reciben ingresos.
- Mujeres solteras con 1 hijo: 87.3 % reciben ingresos.
- Mujeres solteras con 2 hijos: 90.4 % reciben ingresos.
- Mujeres solteras con 3 hijos: 89.7 % reciben ingresos.

Esto evidencia que las madres solteras asumen prácticamente de manera unilateral la jefatura económica de sus hogares, enfrentando desventajas tanto en la carga de cuidados como en la disparidad del ingreso. Al respecto, la Figura 8 muestra la brecha de ingresos por género, entidad federativa y número de hijos, resaltando una relación creciente; a mayor número de hijos, mayor es la desigualdad económica que enfrentan las mujeres.

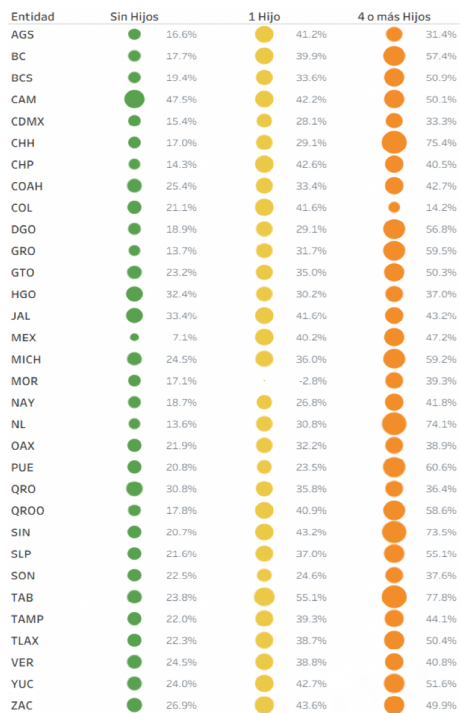


A nivel nacional la brecha de ingresos para mujeres sin hijos es del 21.6 %, para mujeres con un hijo del 35.8 % y para mujeres con 4 o más hijos es del 52.7 %, lo que se explica por la desigual distribución de la carga de cuidados, que limita su disponibilidad de tiempo, restringiendo su acceso a empleos mejor remunerados.

Las estimaciones de la ENIGH muestran que solo en el caso de Morelos, el ingreso de las mujeres solteras con 1 hijo superó en un 2.8% el ingreso de los hombres; en el resto de las entidades federativas y situaciones familiares la brecha salarial es persistente.

En casos como el de Chihuahua, el ingreso de los hombres con cuatro hijos o más es un 75.4% superior al de las mujeres en la misma situación familiar, lo que equivale a una diferencia promedio de 31 mil 682 pesos más al mes (95 mil 045 pesos al trimestre).

Figura 8. Brecha de ingresos por género, entidad federativa y número de hijos, 2024



Elaboración con base en (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024).

7. Hallazgos principales

La transición demográfica en México exige una intervención inmediata de las instituciones para garantizar la cobertura de salud. El envejecimiento, la desigualdad en la distribución de los ingresos y la falta de acción preventiva será insostenible en el mediano plazo si no se realizan acciones oportunas.

Hay una tendencia hacia la precarización de las mujeres en los ámbitos de la salud, los ingresos, los cuidados y la prevalencia de ENT.

Las mujeres no solo viven más, sino que lo hacen con una carga mayor de morbilidad y enfrentan barreras estructurales en el acceso a recursos económicos que les permitan atender su salud; esto es consecuencia del difícil acceso al mercado laboral, derivado de su participación histórica en los cuidados, el trabajo no remunerado y la desigualdad en la distribución de los ingresos.

La relación ingreso-gasto revela que la falta de infraestructura pública obliga a los hogares más pobres a incurrir en gastos catastróficos.

En las entidades con mayores deficiencias, el gasto en salud implica la pérdida de la estabilidad económica, especialmente en los hogares de menores ingresos ubicados en zonas rurales o aquellos con jefatura femenina. En estos últimos persiste la brecha salarial y, al analizarla por entidad, es posible reconocer en cuáles territorios las mujeres enfrentan una desventaja proporcionalmente mayor.

La dinámica demográfica en México señala que uno de cada diez mexicanos es adulto mayor. En este grupo, la prevalencia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) alcanza el 70 %, misma proporción que cuenta con derechohabencia. Esto implica que 3 de cada 10 hogares con adultos mayores enfrentan un escenario crítico: padecer una enfermedad crónica sin contar con cobertura de salud. Si estos hogares tienen jefatura femenina, la desventaja para cubrir dichas necesidades aumenta en un 34.2 % en comparación con aquellos encabezados por hombres.

A la carga de cuidados y gastos que ya asumen las mujeres, se suma la vulnerabilidad de la maternidad; esta presión económica y de tiempo se intensifica según el número de hijos a su cargo, profundizando la precariedad en los hogares encabezados por ellas.

Referencias

Chancel, L., Piketty, T., Saez, E., & Zucman, G. (2022). Informe Mundial sobre la Desigualdad 2022. *World Inequality Lab*.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía . (2025). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024. Nueva Serie. Microdatos. México*.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *ENCUESTA DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES (ENIGH), MÉXICO*.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024 Reporte de Resultados 23/25*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES (ENIGH) REPORTE DE RESULTADOS 23/25*. MÉXICO: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2024 : ENIGH : nueva serie : diseño conceptual*. INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Marco geoestadístico Nacional* . México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026). *Encuesta Nacional de Envejecimiento Sobre Salud y Envejecimiento(ENASEM) 2024 [Microdatos]*. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026). *ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO (ENASEM) 2024 PRINCIPALES RESULTADOS*. México.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2024). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024 [Metadatos]*. Red Nacional de Metadatos. Obtenido de INEGI: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/1116>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud. (25 de mayo de (s.f.)). *Equidad en salud*. Obtenido de who.int/

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud: informe de la reunión*, Río de Janeiro, Brasil.

Organización Mundial de la Salud. (6 de mayo de 2025). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>

Salud y Cuidado:

Análisis cualitativo de mujeres frente a las Enfermedades No Transmisibles (ENT)

1. Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. El impacto en la vida de las pacientes y las cuidadoras se asocia a la forma en que su entorno se encuentra estructurado. Los efectos van más allá de la cuestión clínica, ya que afectan las dimensiones: personal, familiar, económica, laboral y social. También alteran la percepción de esas mujeres sobre el sector público de la salud por su manejo de las enfermedades.

Este informe recoge el análisis cualitativo de resultados de dos grupos focales de cuidadoras (C) y pacientes (P) con las características siguientes:

Grupo 1. mujeres pacientes y cuidadoras en el intervalo de edad de 20 a 40 años:

P1: 40 años, madre de familia, vive con hipertensión arterial e hipotiroidismo).

C1: 35 años, cuidadora primaria de adulto mayor con Alzheimer.

C2: 39 años, cuidadora de hija con diabetes tipo I y madre con diabetes tipo 2.

P2: 22 años, estudiante, con diagnóstico de epilepsia e hipertensión arterial.

P3: 36 años, vive con depresión y síndrome de ovario poliquístico.

C3: 31 años, Cuidadora primaria de madre con cáncer y fibrosis pulmonar.

Grupo 2. mujeres pacientes y cuidadoras en el intervalo de edad de 41 a 65 años:

C1: 52 años, tanatóloga

P1: 50 años, voluntaria en el Hospital Siglo XXI del IMSS, área de oncología infantil y paciente de fibromialgia.

P2: 64 años, sobreviviente de cáncer

C2: 64 años, cuidadora múltiple: hija y esposo con leucemia.

P3: 65 años, sobreviviente de cáncer

C3: 51 años, cuidadora : hijo con diabetes tipo I

El proceso que atraviesan las pacientes con ENT y sus cuidadoras se caracteriza por vivir un periodo de incertidumbre entre el momento en que los síntomas son perceptibles y la confirmación del diagnóstico. La dinámica familiar, económica y social, inclusive previa a la enfermedad se altera, por lo que se necesita reorganizar la vida en los ámbitos afectados. Imperan en ese periodo la confusión, la inseguridad e incluso la negación. Con el diagnóstico se encuentra un momento de certidumbre a partir del cual se reconoce a la enfermedad como una condición que será necesario atender.

Entre los principales componentes que determinan el efecto de las ENT en cuidadoras y pacientes se encuentra la edad, pues los cambios en los distintos ámbitos serán desiguales y adaptativos en función de la etapa de vida por la que se atraviesa.



2. Ámbito personal y familiar

Si bien existe consenso sobre el hecho de que ante el diagnóstico de una ENT las familias tienden a reorganizarse en función del cuidado, los roles y las dependencias, debe señalarse que la distribución de dicha reorganización no es equitativa.

De entrada, la figura de la cuidadora - porque son las mujeres quienes principalmente adquieren responsabilidades - no siempre es elegida por voluntad. La situación las obliga a reestructurar su proyecto de vida, por ejemplo, en sus relaciones afectivas, el uso de su tiempo y la posibilidad de obtener ingresos.

En diversos casos el rol de cuidadora es asignado de manera obligatoria por otros miembros de la familia siguiendo estereotipos de género; se invisibiliza el trabajo doméstico y el grupo familiar determina que la mujer asuma esa responsabilidad.

Para cuidadoras y pacientes la prevalencia de una ENT implica un cambio de identidad: hijas que posponen su independencia, madres que reorganizan su vida en función del monitoreo constante, mujeres que transitan simultáneamente entre ser pacientes y cuidadoras. En los casos más críticos, la vida familiar entra en un estado de alerta permanente: el descanso se fragmenta, la cotidianidad se vuelve fortuita y la vigilancia del cuerpo —propio o ajeno— se convierte en una constante.

La edad también determina retos importantes: para las más jóvenes entre la necesidad de protección y el deseo de autonomía. Mientras las familias tienden a restringir y hasta sobreproteger, las pacientes buscan recuperar libertad y control sobre sus vidas: la tensión resultante define gran parte de la experiencia emocional de vivir con una ENT, especialmente en etapas tempranas.

En contraste, en el grupo de mayor edad se observa una conducta más orientada a la adaptación: la enfermedad se integra como parte de la vida y se construyen mecanismos para sostener funcionalidad y sentido de vida. Se modifican los hábitos de consumo, se busca la prevención y mantener el control de la enfermedad para garantizar el bienestar. Sin embargo, esta aparente estabilidad no elimina la car-

ga estructural del cuidado, sino que la normaliza con el consiguiente desgaste y deterioro de todo el sistema familiar, en especial de quien cuida y quien padece (casi siempre en ese orden) una ENT.

3. Economía

Mientras que en los casos de pacientes jóvenes las ENT impactan directamente en la deserción escolar o la interrupción del desarrollo profesional, en las cuidadoras en edad productiva el conflicto emerge cuando intentan establecer un balance entre la flexibilidad laboral y el tiempo promedio destinado a cuidados de su enfermo.

El padecimiento de una ENT representa un gasto progresivo que limita en diversos sentidos la estabilidad económica de la familia, del paciente y de las cuidadoras.

Se considera que la adherencia a los servicios públicos de salud no garantiza la seguridad ni la evolución del tratamiento al paciente, ya que el suministro de medicamentos esenciales es, en la mayoría de los casos, parcial. Esta debilidad institucional traslada la responsabilidad financiera al entorno familiar, que se ve obligado a recurrir a redes de apoyo externas y a la autogestión de recursos para subsistir frente a los requerimientos ingentes de la enfermedad.

Sin embargo, también se reconoce que sin los servicios de salud resultaría insostenible cubrir un tratamiento por lo costoso que resulta ante los ingresos disponibles en las familias.

Aunque el impacto económico no siempre es verbalizado de forma explícita en los primeros relatos, emerge de manera transversal y se convierte en una presión constante que acompaña a la enfermedad. En lo general, las mujeres más jóvenes e independientes se encuentran en desventaja al hacerse cargo de una ENT pues deben asumir los costos de manera individual; en las mujeres mayores, el apoyo proviene de los hijos en algunos casos o de otros miembros de la familia que contribuyen a cubrir las necesidades como un acto de gratitud.

Los gastos destinados a la salud en pacientes con ENT y sus cuidadoras no se limitan a los directamente relacionados con las cuestiones médicas, pues se trasladan a los llamados costos indirectos, que refieren gastos en transporte, alimentación, adecuaciones de los espacios en el hogar y la compra de insumos que no son provistos por el sector salud, además de algunos equipos y dispositivos que facilitan la movilidad de la persona enferma.

4. **Ámbito Laboral**

Un obstáculo recurrente afrontan las mujeres cuando en la prevalencia de una ENT no muestran señales perceptibles de la enfermedad. Se suscita un mayor cuestionamiento hacia las pacientes, que puede llegar a clasificarse como discriminación por parte de funcionarios laborales o escolares, de docentes y empleadores. Por el contrario, un diagnóstico formal actúa como herramienta de legitimación: permite a la paciente transitar de la culpa a la exigencia de sus derechos.

Los testimonios coincidieron en señalar que los mandos jóvenes tienden a ser más empáticos y receptivos ante las crisis de salud de los trabajadores, mientras que las figuras de autoridad de mayor edad suelen presentar resistencias que casi siempre se expresan en discriminación, ignorando las necesidades de cuidado y de preservación de la salud mental, así en pacientes laboralmente activos como en sus cuidadoras.

La enfermedad plantea una lógica incompatible con las estructuras laborales tradicionales: citas médicas frecuentes, episodios impredecibles, necesidades de descanso y monitoreo constante.

Para las cuidadoras, el impacto es aún más profundo. Muchas de ellas se ven obligadas a abandonar total o parcialmente su vida laboral para asumir el cuidado de sus seres queridos.

En el grupo de mayor edad, se observa mayor capacidad de ajuste, ya sea por trayectorias laborales más consolidadas o por la transición hacia etapas donde el trabajo deja de ser central. Sin embargo, esto no elimina la carga sino que la desplaza hacia otras formas de desgaste, en términos físicos y emocionales.

5. Ámbito Social

El cómo se vive en el espacio público a partir de las prevalencias de ENT expresa una dualidad entre el avance social y la persistencia de barreras. Es cada vez más común que entre la sociedad exista una mayor validación de la salud mental: un mayor reconocimiento y visibilidad que en el pasado.

En algunas situaciones persiste la falta de empatía hacia los adultos mayores que son un grupo vulnerable y con alta prevalencia de ENT, por ejemplo, cuando tienen la necesidad de usar espacios comunes (durante los tiempos de espera, cuando debe privar el respeto a lugares reservados, etc.). En pacientes jóvenes se percibe discriminación escolar como resultado del padecimiento de ENT que dificulta su integración plena a la comunidad escolar y social.

Las redes de apoyo de la sociedad civil para proveer o donar insumos han sido fundamentales en la gestión de las enfermedades por parte de las familias. Tales redes integran un tejido de soporte y solidaridad. La organización de jornadas de salud y el acceso a bancos de medicamentos consolidan una alternativa para las familias cuyos miembros viven con con ENT.

Finalmente, la percepción de las pacientes y cuidadoras sobre las instituciones públicas de salud se muestra en dos grandes perspectivas: priva la opinión favorable acerca de los hospitales de alta especialización, en contraste manifiestan una falta de coordinación institucional que entorpece la atención en los hospitales o clínicas de primer y segundo nivel.

Las áreas de oportunidad que tanto pacientes como cuidadoras señalan son:

- la mejora en el tiempo de atención tanto para citas médicas como para la realización de estudios de laboratorio y de imagen,
- la atención con sentido humano de las pacientes y cuidadoras, así como la necesidad de implementar campañas de prevención
- y atención para cada una de las enfermedades a efecto de tener mayor conocimiento de las mismas y de sus formas y necesidades de tratamiento.

El análisis de las dimensiones abordadas permite reconocer los cambios que ocurren a partir de la prevalencia de ENT en las familias y en los hogares, tanto entre quienes asumen la responsabilidad del cuidado como en quienes las padecen.

Y explican cómo es que determinantes sociales como el nivel de ingreso y el género pueden condicionar la forma en que las personas con ENT sobrelleven la enfermedad, es decir, la responsabilidad en los cuidados, las medidas de prevención, así como la atención a la salud de las cuidadoras.

6. Recomendaciones

- Visibilizar el papel que las mujeres desempeñan en su rol de cuidadoras y cómo contribuyen a gestionar las enfermedades como parte del sistema de salud.
- Considerar incorporar de manera formal el rol de cuidador en la estructura social.
- Promover la participación equitativa en los cuidados de pacientes con ENT.
- Fomentar la no discriminación en el personal de salud.
- Garantizar el trato digno y respetuoso a pacientes con ENT no visibles.
- Hacer eficientes los tiempos en el diagnóstico de ENT para dar certeza a los pacientes y familiares de que la gestión de las enfermedades ocurre de manera oportuna.
- Integrar la atención emocional como parte del tratamiento de las ENT, así en las pacientes como en sus cuidadoras.
- Facilitar el desarrollo de redes comunitarias de apoyo.
- Gestionar a nivel institucional el reconocimiento de ENT para garantizar la oportunidad de atención de las y los pacientes: flexibilizar las jornadas laborales o educativas cuando sea necesario.

Coordinación: Yahaira Ochoa Ortiz

Edición: Juan Núñez Guadarrama

Diseño: Abigail Villaseñor Ortega

Publicado el 1 de Julio de 2026.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la NCD Alliance por medio de su Programa Acelerador sobre ENT y CSU del Instituto de Incidencia, y su alianza con The Leona M., and Harry B. Helmsley Charitable Trust.



México **Saludhable**