

Salud Global 2050: implicaciones para México

Eduardo González-Pier, D en Econ,⁽¹⁻³⁾ Mariana Barraza-Lloréns, M en Econ,⁽²⁾
Stefano M Bertozzi, MD, PhD,⁽⁴⁻⁶⁾ Dean T Jamison, D en Econ,⁽⁷⁾ Felicia M Knaul, D en Econ,^(8,9) Gavin Yamey, MPH.⁽¹⁰⁾

En este momento crucial para la salud global es fundamental profundizar en el análisis de cómo los países de ingresos medios-altos han abordado reformas ambiciosas en sus sistemas de salud, en consideración no sólo de sus logros, sino también de sus desafíos persistentes. Al respecto, México constituye un caso de estudio especialmente relevante, pues a lo largo de las últimas décadas ha experimentado transformaciones significativas en su sistema de salud y se ha publicado ampliamente sobre su desempeño.¹⁻⁵ Cabe anotar que gran parte de este trabajo ha contribuido y se ha beneficiado de los hallazgos y metodologías de las comisiones globales, en particular aquellas publicadas en *The Lancet*.^{6,7}

Por otro lado, en 2014, la Secretaría de Salud de México convocó una mesa redonda con miembros de la Comisión de *The Lancet* sobre Inversión en Salud (CIH, por sus siglas en inglés) para discutir el Informe Salud Global 2035⁶ y sus implicaciones para un país que enfrentaba una década de estancamiento en resultados de salud. El evento reunió a formuladores de políticas, investigadores y expertos en política de salud para contextualizar los hallazgos del informe al caso de México. Como parte de este esfuerzo, en la revista *Salud Pública de México* se publicó un resumen en donde se resalta la importancia de invertir en intervenciones costoefectivas y la oportunidad de lograr una “gran convergencia” en

salud global. Estas discusiones tornaron de nuevo el foco en la atención primaria, informaron el desarrollo de políticas basadas en evidencia y ayudaron a difundir los mensajes clave del informe y su relevancia para la planeación nacional de la salud.^{8,9}

Diez años después, en 2024, la CIH presentó un nuevo informe: Salud Global 2050.¹⁰ Esta ambiciosa actualización establece una hoja de ruta con el fin de reducir a la mitad la mortalidad prematura (antes de los 70 años) para mediados de siglo. Sin embargo, los desafíos institucionales y de salud en México siguen siendo notablemente similares a los de 2014, ya que, aunque la mayoría de los países ha logrado avances significativos en salud, México ha visto progresos limitados en la esperanza de vida, debido, en gran parte, a discontinuidades en políticas y a la fragmentación sistémica, así como a los desafíos y complejidades de una transición epidemiológica acelerada y la pandemia de Covid-19.^{11,12}

Esta edición de *Salud Pública de México* incluye un resumen del informe en español en donde se cita la versión completa, disponible en inglés y español.¹⁰ En este comentario se reflexiona sobre las implicaciones del Informe Salud Global 2050 para el contexto mexicano, en donde, en suma, quizás más que en 2014, la evidencia es contundente y las estrategias para acelerar el progreso hacia una mejor salud son claras y ejecutables. En tanto,

(1) Palladium Group. Washington D.C., Estados Unidos.

(2) Blutitude. Ciudad de México, México.

(3) Funsalud. Ciudad de México, México.

(4) Escuela de Salud Pública, Universidad de California. Berkeley, Estados Unidos.

(5) Universidad de Washington. Seattle, Estados Unidos.

(6) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(7) Instituto de Ciencias de la Salud Global, Universidad de California. San Francisco, California, Estados Unidos.

(8) Escuela de Medicina David Geffen, Universidad de California. Los Ángeles, California. Estados Unidos.

(9) Facultad de Excelencia, Tecnológico de Monterrey. México.

(10) Instituto de Salud Global de Duke, Universidad de Duke. Durham, Estados Unidos.

Fecha de recibido: 9 de mayo de 2025 • **Fecha de aceptado:** 15 de mayo de 2025 • **Publicado en línea:** 30 de mayo de 2025

Autor de correspondencia: Eduardo González-Pier: Funsalud. Sierra Gorda 56, Lomas de Chapultepec. 11000 Miguel Hidalgo, Ciudad de México, México.
Correo electrónico: egpier@gmail.com

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

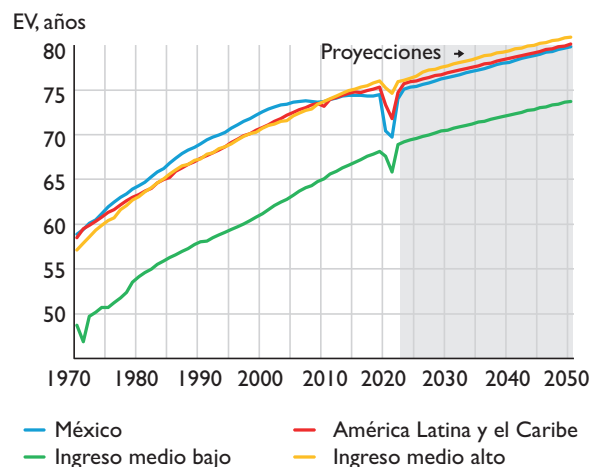
lo que sigue pendiente es el compromiso político y la capacidad institucional para seguir un camino basado en evidencia como parte de un plan de políticas que trasciendan el mandato tradicional de seis años del Gobierno federal.

El Informe Salud Global 2050 presenta siete recomendaciones estratégicas para ayudar a los países a reducir la mortalidad prematura (antes de los 70 años) en 50% antes de 2050; seis de éstas son especialmente relevantes para países de ingreso medio-alto como México y se enlistan de esta manera: establecer un objetivo nacional de “50 para el 50”; enfocarse en un subconjunto de condiciones prioritarias; adoptar un enfoque modular para la reforma del sistema de salud; garantizar el financiamiento público de servicios esenciales; fortalecer el control del tabaco; y prepararse para futuras pandemias. La séptima recomendación –sobre la importancia de la asistencia internacional para el desarrollo– es menos relevante para un país que ya no recibe ayuda externa significativa para la salud. A continuación, se describe brevemente cómo cada una de las seis recomendaciones relevantes se relaciona con los desafíos y el panorama político de México.

Primero, el Informe Salud Global 2050 propone que los países que así lo decidan pueden reducir la probabilidad de muerte prematura (PMP) en 50% para el año 2050 mediante inversiones focalizadas en salud. Para México, este objetivo es tanto urgente como alcanzable. Entre 1975 y 2004, México superó de manera notable al resto de los países de América Latina y el Caribe, así como a otras naciones de ingresos medios-altos, en términos de la esperanza de vida; en 2010, su desempeño era inferior al esperado. En 2019, la esperanza de vida en México era de 74.5 años y la PMP se situaba en 29%, cifras que reflejan una mínima mejora en las últimas dos décadas, con severas reversiones posteriores durante la pandemia de Covid-19 (figuras 1 y 2).¹³ Las proyecciones de la CIH, basadas en tendencias observadas a largo plazo,¹³ sugieren que México alcanzaría 19% de PMP para 2050. En este sentido, cumplir con el objetivo de “50 para el 50” requeriría esfuerzos adicionales para revertir el estancamiento reciente y reducir la PMP a 14%, lo cual lograría una alineación con los países de mejor desempeño que ya han logrado estos avances. Así, el objetivo de “50 para el 50” representa un llamado ambicioso que brinda claridad sobre los beneficios de tener compromisos enfocados; este propósito ofrecería a México un marco medible para evaluar el progreso general en salud, valorar la efectividad de futuras inversiones en el sector y alinear diversas iniciativas y esfuerzos públicos y privados en torno a un objetivo común para la reforma del sistema de salud.

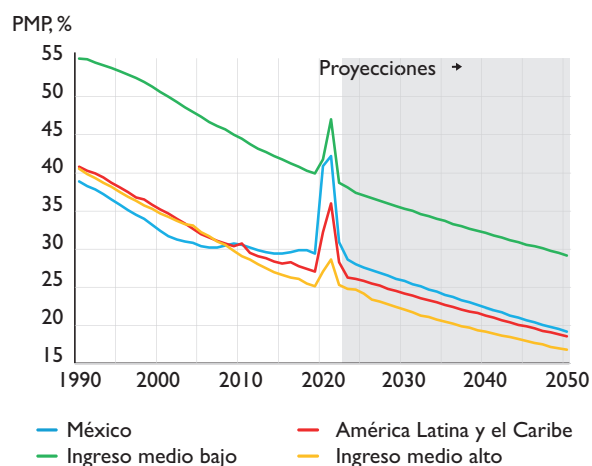
La segunda recomendación destaca que los países pueden lograr reducciones significativas en la mor-

talidad y morbilidad desde las primeras etapas de la ruta hacia la cobertura universal de salud (CUS), sin necesidad de esperar a que el sistema de salud esté completamente desarrollado. En cuanto a esto, el camino de México hacia la CUS ha sido accidentado debido a las reformas frecuentes, contrarreformas, cambios en las prioridades institucionales y una débil coordinación intersectorial para abordar las causas subyacentes de la carga de enfermedad que han generado un panorama de acceso fragmentado e inequitativo a los servicios esenciales en los distintos estados y subsistemas de atención. Estos desafíos sistémicos han obstaculizado



Basada en Lancet Commission on Investing in Health¹³

FIGURA 1. ESPERANZA DE VIDA (EV) (AÑOS). MÉXICO, 2019

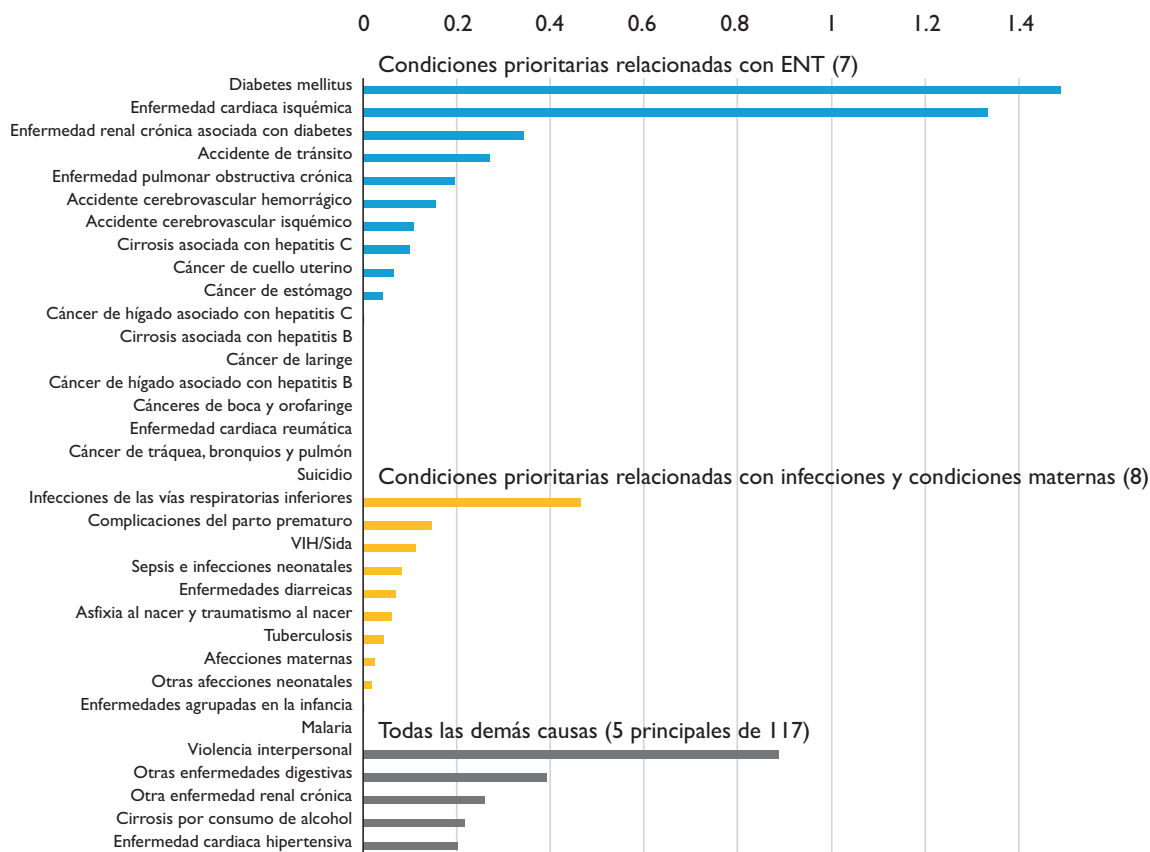


PMP es la probabilidad de morir antes de los 70 años de edad
Basada en Lancet Commission on Investing in Health¹³

FIGURA 2. PROBABILIDAD DE MUERTE PREMATURA (PMP) (%). MÉXICO, 1990-2050

el progreso, particularmente en el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las lesiones. Sin embargo, dentro de estas brechas de cobertura existen oportunidades importantes para lograr mejoras rápidas. Como se muestra en la figura 3,¹³ el bajo desempeño en tan sólo cuatro condiciones y causas –diabetes, cardiopatía isquémica, infecciones respiratorias bajas y violencia interpersonal– representa más de la mitad de la brecha de 7.7 años en la esperanza de vida de México con respecto a la región del Atlántico Norte, la cual tiene el mejor desempeño. Específicamente, la diabetes y la enfermedad renal crónica asociada contribuyen con aproximadamente 1.9 años, la cardiopatía isquémica con 1.3 años, las infecciones respiratorias bajas con 0.5 años y la violencia interpersonal con 0.8 años de la brecha total. Abordar sólo estas cuatro causas podría cerrar 4.5 años, es decir, cerca de 60% de la brecha en la esperanza de vida de México.

La tercera recomendación sugiere redefinir la agenda de CUS mediante un enfoque modular para una respuesta más efectiva del sistema de salud. En lugar de depender de llamados generales al fortalecimiento del sistema de salud, la CIH propone 19 paquetes o módulos distintos y costoefectivos de intervenciones en salud que los países pueden adoptar según su contexto epidemiológico y fiscal. Varios de estos módulos son fundamentales para que México aborde directamente los principales factores que impulsan la brecha en la mortalidad y la esperanza de vida. Entre ellos se incluyen los módulos relacionados con enfermedades cardiovasculares, dirigidos tanto a la atención básica de diabetes y cardiopatía isquémica en el primer nivel de atención, como a la atención especializada en plataformas de prestación del primer nivel o en hospitales generales; y los módulos relacionados con infecciones respiratorias estructurados dentro de los equipos de atención primaria basados en la comunidad.



Esperanza de vida: 74.5 años; Brecha total: 7.7 años

Las brechas totales se refieren a la diferencia en esperanza de vida de México en comparación con la región del Atlántico Norte con mejor desempeño

Las ENT (7) hacen referencia a siete enfermedades no transmisibles y lesiones prioritarias

ENT: enfermedades no transmisibles

Basada en *Lancet Commission on Investing in Health*¹³

FIGURA 3. PARTICIPACIÓN ESTIMADA EN LA BRECHA EN ESPERANZA DE VIDA (AÑOS). MÉXICO, 2019

Si bien el paquete de lesiones, que incluye intervenciones en salud mental y atención quirúrgica básica, responde parcialmente a las necesidades de salud derivadas de la violencia interpersonal, abordar sus causas fundamentales requerirá una fuerte coordinación intersectorial y el uso estratégico de la cooperación internacional. Es importante priorizar estos módulos, pues esto permitiría establecer rutas claras para la planeación e implementación de políticas, al tiempo que se maximizan las ganancias en salud dentro de las restricciones fiscales. Además, estos módulos pueden servir como puntos de entrada para fortalecer la atención primaria y el financiamiento orientado a los resultados.

La cuarta recomendación insta a los gobiernos a financiar –con recursos públicos– y garantizar el acceso a una lista específica de medicamentos esenciales para 15 condiciones prioritarias, que abarcan tanto enfermedades infecciosas/maternas como ENT y lesiones. En el contexto mexicano, esta recomendación es particularmente relevante para el control de la diabetes y la cardiopatía isquémica, dos condiciones que pueden manejarse eficazmente con acceso oportuno a medicamentos costoefectivos, como metformina, insulina, antihipertensivos y estatinas, combinados con modificaciones en la dieta y el ejercicio. Si bien el gasto público en salud en México ha permanecido relativamente bajo, lo cual representa 2.6% del producto interno bruto PIB en 2019,¹⁴ las restricciones financieras ya no constituyen la principal barrera para el acceso a medicamentos esenciales en estas categorías prioritarias. El desafío más grande y reciente radica en las persistentes dificultades operativas en la adquisición, distribución y entrega en la última milla de estos fármacos. Así, estas interrupciones en la cadena de suministro del sector público afectan desproporcionadamente a las poblaciones de menores recursos, quienes no pueden costear los medicamentos de su bolsillo. Las soluciones técnicas –en donde se incluyen mejoras en logística, procesos de adquisición transparentes y una supervisión eficiente– están disponibles y pueden implementarse mediante una colaboración público-privada fortalecida; en este sentido, lo que se requiere es la determinación política para llevar estas soluciones a escala de manera efectiva.

La quinta recomendación enfatiza el control del tabaco, particularmente a través de la subida de impuestos como una política intersectorial clave para reducir la mortalidad prematura; por ejemplo, en México, el consumo de tabaco sigue siendo una preocupación significativa de salud pública, pues contribuye sustancialmente a la morbilidad y mortalidad: en 2022, 14.7% de la población mexicana consumía tabaco (23.1% de los hombres y 6.9% de las mujeres). El tabaco sigue siendo un factor de riesgo principal para varias enfermedades

graves que explican las brechas de mortalidad prematura en México.¹⁵ En particular, el tabaco fue responsable de 11% de todas las muertes por cardiopatía isquémica, 63% de las muertes por cáncer de pulmón y 46% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en 2021.¹⁶ Si bien México ha implementado diversas medidas de control del tabaco, como ambientes libres de humo y prohibiciones de publicidad, el aumento de impuestos al tabaco hasta los niveles de mejores prácticas internacionales sigue siendo la brecha más evidente en la implementación de políticas.

La sexta recomendación advierte que el riesgo de una pandemia de magnitud similar a la de Covid-19 sigue siendo alto y urge a las naciones a invertir en preparación desde ahora. Para México, esta es una cuestión sensible: con 59% de exceso de mortalidad relacionado con Covid-19, el país estuvo entre los de peor desempeño durante la pandemia, pues se registró una de las mayores pérdidas en esperanza de vida a nivel mundial, lo que se traduce a más de cuatro años para los hombres entre 2019 y 2021.¹⁷ La pandemia expuso profundas vulnerabilidades en los sistemas públicos de salud y en la gobernanza sanitaria, por ende, aprender de las lecciones de Covid-19 requiere acciones decisivas. Mediante una inversión en preparación desde ahora –desde capacitación, desarrollo de protocolos, almacenamiento estratégico de insumos, fortalecimiento de una red de laboratorios de emergencia hasta la preparación para la producción de medicamentos y vacunas clave– México puede reducir significativamente la mortalidad en futuras crisis sanitarias y posicionarse como un referente regional en gobernanza preparada para las pandemias.¹⁷

Así pues, el Informe Salud Global 2050 llega en un momento crucial para México. Después de décadas de avances sostenidos, el país ahora enfrenta una esperanza de vida estancada (a pesar de resultados positivos en algunas áreas específicas), inequidades persistentes y una presión creciente de las enfermedades crónicas y las lesiones. El marco basado en evidencia y las recomendaciones específicas de este informe ofrecen una ocasión oportuna para redefinir las prioridades nacionales en salud y alinearlas con resultados medibles en mortalidad prematura. Para traducir esta visión en política, se recomienda establecer una Comisión Nacional de Inversión en Salud en México que siga el modelo de iniciativas similares en Nepal, Estados Unidos, China y Nigeria. Dicha comisión podría facilitar la colaboración entre expertos nacionales e internacionales, proporcionar orientación de políticas basadas en evidencia global y servir como modelo para otros países de ingresos medios-altos en América Latina que enfrentan transiciones similares. Mediante una acción audaz y enfocada, México puede reafirmar su liderazgo en políticas de

salud a nivel regional y contribuir a un movimiento global más amplio hacia una mayor equidad en salud y mejoras en salud sostenibles. Lo que es más importante aún, México puede retomar el camino que alguna vez lo caracterizó en la construcción de una población más saludable y una CUS; en este caso, el informe de la CIH es oportuno porque demuestra –de manera clara y convincente– que la reducción de la mortalidad prematura es factible. Por último, los obstáculos que enfrenta México no son técnicos, sino operativos y políticos, por lo que la próxima década representa una oportunidad crítica para retomar el rumbo, una oportunidad que México no puede permitirse perder.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Goodman-Meza, Friedman J, Kalmin MM, Aguilar-Posada E, Seamans MJ, Velazquez-Moreno S, et al. Geographical and socioeconomic disparities in opioid access in Mexico, 2015–19: a retrospective analysis of surveillance data. *Lancet Public Health*. 2021;6(2):e88-96. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30260-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30260-7)
2. González-Pier E, Barraza-Lloréns M, Beyeler N, Jamison D, Knaul F, Lozano R, et al. Mexico's path towards the Sustainable Development Goal for health: an assessment of the feasibility of reducing premature mortality by 40% by 2030. *Lancet Glob Health*. 2016;4(10):e714-25. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30181-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30181-4)
3. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet*. 2006;368(9539):954-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69376-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69376-8)
4. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2006;368(9546):1524-34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69564-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69564-0)
5. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R, Carvalho N, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *Lancet*. 2006;368(9547):1608-18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69567-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69567-6)
6. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013;382(9908):1898-955. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)
7. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018; 391(10128):1391-454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
8. Jamison DT, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, Bustreo F, et al. Salud global 2035: un mundo convergiendo en el lapso de una generación. *Salud Publica Mex*. 2015;57(5):444-67. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i5.7625>
9. Beyeler N, González-Pier E, Alleyne G, Barraza-Lloréns M, Frenk J, Pablos-Mendez A, et al. Salud global 2035: implicaciones para México. *Salud Publica Mex*. 2015;57(5):441-3. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i5.7624>
10. Jamison DT, Summers LH, Chang AY, Karlsson O, Mao W, Norheim OF, et al. Global health 2050: the path to halving premature death by mid-century. *Lancet*. 2024;404(10462):1561-1614. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01439-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01439-9)
11. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012;380(9849):1259-79. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
12. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Touchton M, McDonald T, Blofield M, Avila-Burgos L, et al. Setbacks in the quest for universal health coverage in Mexico: polarised politics, policy upheaval, and pandemic disruption. *Lancet*. 2023;402(10403):731-46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00777-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00777-8)
13. Lancet Commission on Investing in Health. Data Dashboard. Global Health 2060. Lancet Commission on Investing in Health, 2025 [citado abril 15, 2025]. Disponible en: https://omarkarlsson.com/CIH_dash/
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD data explorer, OECD stat national accounts. OECD, 2025 [citado abril 4, 2025]. Disponible en: <https://data-explorer.oecd.org/>
15. The Tobacco Atlas. Country Factsheets México. Atlanta: Vital Strategies, 2025 [citado abril 4, 2025]. Disponible en: <https://tobaccoatlas.org/factsheets/mexico/>
16. Global Action to End Smoking. State of smoking and health in Mexico. Washington D.C.: Global Action to End Smoking, 2023 [citado abril 4, 2025]. Disponible en: <https://globalactiontoendsmoking.org/research/tobacco-around-the-world/mexico/>
17. Sánchez-Talanquer M, Sepúlveda J. Informe de la Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de Covid-19 en México. México: CIIPC, 2024 [citado abril 21, 2025]. Disponible en: <https://www.comecso.com/wp-content/uploads/2024/05/Informe-Comision-Independiente.pdf>