

Desigualdad y justicia social en salud en México



Inequality and social justice in health in Mexico

Evalinda Barrón Velázquez
División de Justicia Social en Salud, IMSS-Bienestar, México
evalinda.barron@imssbienestar.gob.mx
ORCID: 0009-0008-5722-2663

Nemer Alexander Naime S. Henkel
Coordinación de Programas Preventivos, IMSS-Bienestar, México
nemer.naime@imssbienestar.gob.mx

Federico Stezano
Programa de Sociología, Facultad de Estudios Superiores Acatlán,
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México
fstezano@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5450-6339

Alejandro Ernesto Svarch Pérez
IMSS-Bienestar, México
alejandro.svarch@imssbienestar.gob.mx
ORCID: 0009-0001-2584-968X

RESUMEN.

Este artículo examina la inequidad en salud en México desde una perspectiva de justicia social. Plantea que las desigualdades no son diferencias naturales, sino brechas sistemáticas y evitables que afectan sobre todo a mujeres, pueblos indígenas, comunidad LGBTIQ+, personas con discapacidad, migrantes, privados de libertad y víctimas de violencia. Expone cómo los determinantes sociales, la violencia estructural y la diglosia médica reproducen exclusiones. Propone enfoques interseccionales que reconozcan diversidad cultural y transformen estructuras injustas. Concluye que reducir desigualdades exige voluntad política, acción preventiva y sistemas de salud inclusivos que fortalezcan autonomía, participación y cohesión social.

Palabras clave: *desigualdad en salud; justicia social; violencia estructural; inequidades en salud en México*

ABSTRACT.

This article examines health inequity in Mexico from a social justice perspective. It argues that inequalities are not natural differences but systematic and avoidable gaps that disproportionately affect women, Indigenous peoples, the LGBTIQ+ community, people with disabilities, migrants, individuals deprived of liberty, and victims of violence. It analyzes how social determinants, structural violence, and medical diglossia reproduce exclusion. The article proposes intersectional approaches that recognize cultural diversity and transform unjust structures. It concludes that reducing inequalities requires political will, preventive action, and inclusive health systems that strengthen autonomy, participation, and social cohesion.

Keywords: *health inequality; social justice; structural violence; health inequities in Mexico*

INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza de manera amplia algunos de los procesos de injusticia e inequidad en salud en México, distinguiendo categorías explicativas y proponiendo un enfoque desde la justicia social que busca atender a grupos históricamente vulnerados. Los objetivos son dos: en primer lugar, contribuir con argumentos que enriquezcan el debate sobre cómo diseñar estrategias de salud inclusivas y equitativas; en segundo, fomentar la reflexión y orientar hacia el diálogo informado que incida en la toma de decisiones en política pública. La aspiración central es que estos elementos repercutan en las políticas de salud, de forma que se basen en el reconocimiento de las realidades, demandas y necesidades de los grupos más afectados, asegurando servicios que promuevan prosperidad y justicia social. El texto se organiza en tres secciones. La primera explora la relación entre justicia, igualdad y salud, mostrando cómo los gradientes sociales determinan el acceso a servicios y los resultados sanitarios. La segunda identifica a los grupos históricamente vulnerados en México, evidenciando que enfrentan inequidades derivadas de factores socioeconómicos, culturales, de género y de discriminación estructural. La tercera aborda la violencia estructural como base de muchas injusticias en salud, resaltando la relevancia de los enfoques interseccionales e imbricados que reconozcan la diversidad cultural y enfrenten las raíces profundas de la desigualdad.



1. DESIGUALDADES Y JUSTICIA SOCIAL EN SALUD

La desigualdad se refleja en la distribución inequitativa de recursos básicos —educación, vivienda, empleo, alimentación y salud— que son determinantes para el bienestar de personas y comunidades. Dichas desigualdades restringen las oportunidades de desarrollo pleno y se estructuran en gradientes sociales que reproducen jerarquías socioeconómicas. Estas jerarquías, a su vez, inciden de manera directa en la salud, dado que la posición social condiciona tanto la exposición a factores de riesgo como la capacidad para acceder a servicios médicos. Quienes se encuentran en niveles socioeconómicos bajos suelen experimentar condiciones de salud más precarias, mayor incidencia de enfermedades y menor esperanza de vida.

Los efectos de la desigualdad en salud se observan de manera concreta en la calidad de vida: aumento de enfermedades crónicas, mortalidad prematura y obstáculos persistentes para acceder a atención médica adecuada. A medida que estas brechas se amplían, también lo hacen las distancias sociales, acentuando las diferencias de clase, estatus, género o etnicidad. Este círculo refuerza desigualdades a lo largo de todo el curso de vida, desde la infancia hasta la vejez, afectando proyectos personales y comunitarios.

Es importante enfatizar que las desigualdades en salud no son simples diferencias estadísticas: son brechas sistemáticas, injustas y evitables. Surgen de determinantes sociales, económicos, demográficos

y geográficos que podrían corregirse mediante políticas públicas diseñadas con criterios de equidad. Reducirlas implica voluntad política y compromiso con la justicia social (OMS, 2008).

La justicia social, aplicada al ámbito sanitario, exige preguntarse qué define una sociedad equitativa y qué medidas son necesarias para lograrla. En la práctica, supone garantizar que todas las personas, sin importar su condición social, género, orientación sexual o pertenencia étnica, tengan el mismo valor y acceso a condiciones que posibiliten una vida plena. Ello requiere transformar estructuras que reproducen inequidades, estructuras que se expresan en las instituciones de salud, en la distribución de recursos y en los marcos culturales que jerarquizan a unos grupos sobre otros.

2. DESIGUALDADES EN SALUD EN GRUPOS HISTÓRICAMENTE VULNERADOS EN MÉXICO

Las inequidades en salud se manifiestan de manera particular cuando el acceso a servicios médicos o los resultados sanitarios se determinan por condiciones de origen, tales como nivel socioeconómico, lugar de nacimiento, género o etnicidad. Estas circunstancias restringen las oportunidades de desarrollo personal y colectivo, propiciando inequidades persistentes que afectan a generaciones enteras. Dado que se originan en la distribución desigual de oportunidades, constituyen un reto central para la equidad y la justicia social.

Diversos determinantes clave de la desigualdad —como el acceso a servicios de salud,

educación, empleo digno y condiciones de vida seguras— explican por qué ciertos sectores de la población mexicana enfrentan mayores riesgos y peores resultados. En México, estas brechas están condicionadas por género, edad, etnicidad, nivel de ingresos, escolaridad y residencia en territorios con altos índices de pobreza (ONIS, 2019).

Las desigualdades de género, raza y clase surgen de estructuras sociales y dinámicas de opresión interrelacionadas. Heterosexismo, racismo y clasismo no solo afectan identidades individuales, sino que configuran el orden social en su conjunto, reforzando mecanismos de dominación que impactan en la salud (Viveros, 2023).

El género, como constructo sociocultural, influye en identidades, expectativas y oportunidades. Mujeres, personas transgénero y no binarias enfrentan obstáculos específicos en el acceso a la salud. Las normas de género tradicionales generan prejuicios en la atención médica: los síntomas femeninos suelen subestimarse, atribuyéndose a factores emocionales en lugar de físicos (Barr y otros, 2024).

El racismo produce efectos continuos: discriminación cotidiana, estrés crónico y mayores riesgos de depresión. Este fenómeno también otorga privilegios estructurales a personas blancas mediante control institucional y acceso a recursos, lo que refuerza desigualdades y eleva tasas de mortalidad. Aun cuando mejoran las condiciones económicas,

las disparidades raciales persisten, pues operan mecanismos de discriminación en servicios de salud y en entornos de vida desiguales (Churchwell y otros, 2020).

Las desigualdades de clase se expresan en múltiples dimensiones. Más allá de los ingresos, se relacionan con condiciones de empleo, acceso a vivienda y seguridad social. La creciente mercantilización de los servicios de salud en México se asocia a resultados sanitarios desiguales: quienes pueden pagar reciben atención privada de calidad, mientras quienes dependen del sistema público enfrentan carencias en infraestructura, medicamentos y personal.

Las personas LGBTIQ+ viven inequidades adicionales derivadas del estigma y la discriminación. El enfoque heteronormativo del sistema sanitario limita su acceso a servicios y genera desconfianza hacia las instituciones. En particular, la comunidad transgénero sufre barreras sistemáticas, desde el rechazo social hasta la falta de protocolos clínicos adecuados (Rees, Crowe y Harris, 2021).

La discapacidad constituye otro factor decisivo de inequidad. Las personas con discapacidades físicas, motoras o psicosociales suelen tener un acceso limitado a recursos esenciales. No debe entenderse como condición marginal o excepcional, sino como una realidad que puede afectar a cualquiera en algún momento de la vida, y que requiere apoyos equitativos que garanticen inclusión (Mithen y otros, 2015).

La violencia colectiva y la marginación tienen un impacto significativo en los determinantes sociales de la salud, amplificando las vulnerabilidades asociadas a la pobreza y la discriminación, lo que resulta en la pérdida de derechos humanos y el deterioro físico debido al estrés constante (Bwirire y otros, 2022). Las personas privadas de libertad experimentan vulnerabilidades adicionales debido a su limitado acceso a servicios básicos, las condiciones insalubres dentro de las cárceles y el estigma social, lo que contribuye a su mayor morbilidad y mortalidad (Mendes y otros, 2023).

Todas estas condiciones muestran cómo la discriminación y la desigualdad atraviesan de manera transversal el acceso a la salud. En México pueden identificarse siete grupos históricamente vulnerados que enfrentan inequidades sistemáticas:

- i) Mujeres;
- ii) Pueblos indígenas, afromexicanos y personas racializadas;
- iii) Migrantes
- iv) Personas con discapacidades
- v) Comunidad LGBTIQ+
- vi) Personas privadas de libertad
- vii) Víctimas de violencia colectiva, como madres buscadoras, periodistas, desplazados por desastres ambientales o personas en situación de calle.

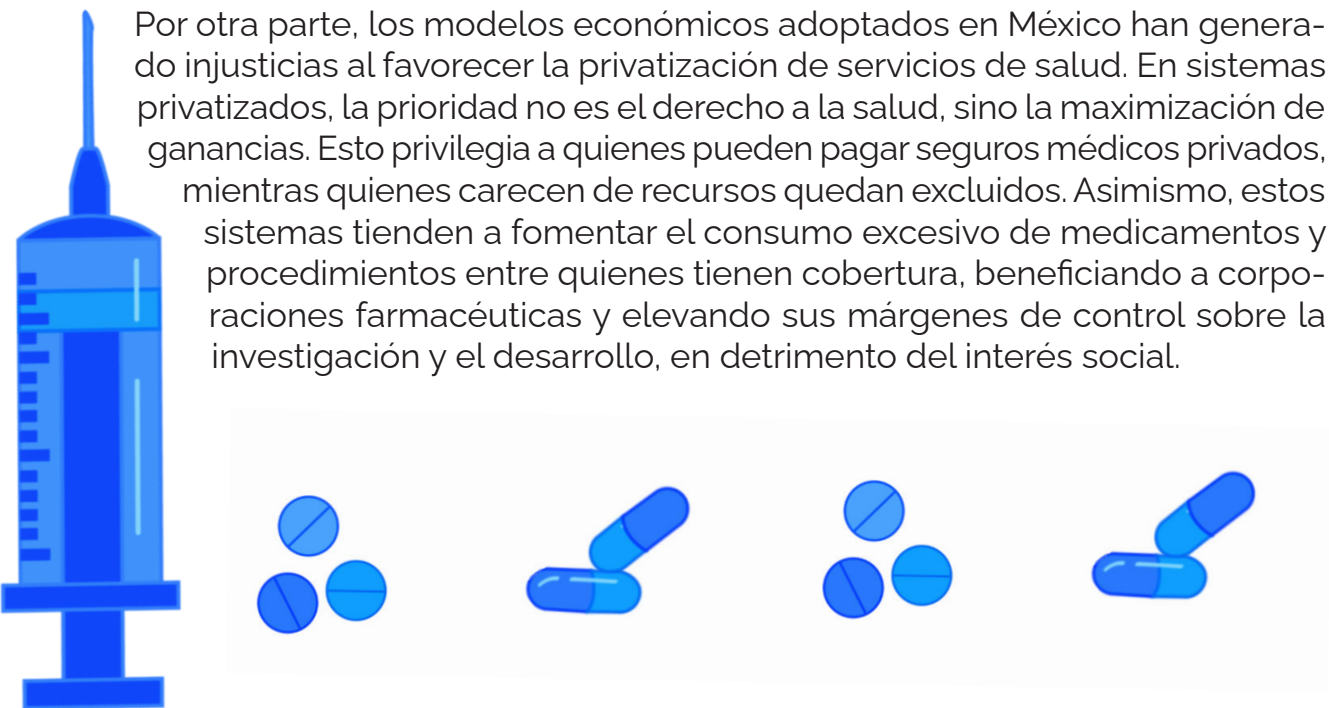
3. VIOLENCIA ESTRUCTURAL COMO BASE DE LAS INJUSTICIAS E INEQUIDADES DE SALUD EN MÉXICO

En México, la atención médica está marcada por la violencia epistémica y la diglosia médica. La violencia epistémica consiste en la negación sistemática de saberes distintos a la medicina hegemónica, lo que invisibiliza aportes de comunidades y justifica su opresión. La diglosia médica describe la coexistencia de dos lenguas en situación de desigualdad, donde una se privilegia y la otra se subordina. En la práctica, ello implica que se desvalorizan los conocimientos médicos de comunidades indígenas y afromexicanas, asociándolos con atraso o superstición.

El concepto de diglosia médica permite comprender cómo ideologías raciales justificaron la supremacía blanca y la inferiorización de quienes poseen piel morena o negra. Estas ideas legitimaron procesos coloniales y jerarquización de idiomas. En salud, se traducen en una brecha persistente entre la medicina oficial y las prácticas comunitarias, consideradas de menor validez (Astudillo, 2016).

La violencia estructural se sostiene también en fenómenos culturales y económicos que refuerzan desigualdades. La cultura del privilegio naturaliza relaciones de poder y exclusión, vinculando la posición social con el acceso a servicios básicos como educación, vivienda y salud. En el ámbito médico, este fenómeno influye en el trato que brinda el personal de salud, en la distribución de recursos y en la legitimidad que se otorga a ciertos grupos (CEPAL, 2018).

Por otra parte, los modelos económicos adoptados en México han generado injusticias al favorecer la privatización de servicios de salud. En sistemas privatizados, la prioridad no es el derecho a la salud, sino la maximización de ganancias. Esto privilegia a quienes pueden pagar seguros médicos privados, mientras quienes carecen de recursos quedan excluidos. Asimismo, estos sistemas tienden a fomentar el consumo excesivo de medicamentos y procedimientos entre quienes tienen cobertura, beneficiando a corporaciones farmacéuticas y elevando sus márgenes de control sobre la investigación y el desarrollo, en detrimento del interés social.



CONCLUSIONES

Las inequidades en salud en México constituyen fenómenos complejos, arraigados en estructuras ideológicas y culturales que perpetúan discriminación y exclusión. Para enfrentarlas se requiere un enfoque sistémico capaz de transformar estructuras de oportunidad, reducir brechas y construir una sociedad más democrática y equitativa. Factores como sexismo, racismo, discriminación étnica y conservadurismo juegan un papel central en la reproducción de desigualdades. Combatirlos es condición indispensable para garantizar derechos y promover bienestar.

Desde una perspectiva de justicia social, la Coordinación de Programas Preventivos del IMSS-Bienestar impulsa la construcción de alianzas amplias, la integración de información comunitaria y el diseño de políticas de salud pública orientadas a la equidad. Estas acciones preventivas permiten reducir el impacto de la desigualdad en salud y abrir procesos reflexivos sobre las necesidades esenciales para disfrutar de una vida plena.

Todas las sociedades presentan disparidades en salud, pero la cuestión es cómo esas diferencias jerárquicas limitan la autonomía de las personas para decidir sobre su vida. La autonomía y la participación social son claves para la salud. Cuando no se distribuyen equitativamente, los grupos históricamente vulnerados cargan con peores condiciones (Marmot, 2004).

Mediante acciones preventivas en salud pública, es posible abordar los efectos de la desigualdad sobre la salud. Este enfoque invita a reflexionar sobre las necesidades esenciales para disfrutar de vidas plenas y saludables. La salud también puede ser un ámbito para la construcción de paz, siempre que garantice el acceso equitativo a la salud, respetando lenguas, creencias y preferencias culturales. Fortalecer los sistemas de salud no solo mejora la salud, sino que también impulsa el cambio social, combatiendo la discriminación racial y cultural y reduciendo las desigualdades en salud. Adoptar enfoques interseccionales, imbricados y multisectoriales para la salud y el bienestar es clave para promover una sociedad más cohesionada, basada en valores de justicia social.

REFERENCIAS

- Astudillo, C. (2016). Historiografía de la diglosia en México, otra cara del racismo. *Diálogos sobre Educación*, 7(13), 1–15. <https://doi.org/10.32870/dse.voi13.2310>
- Barr, E., Popkin, R., Roodzant, E., Jaworski, B., & Temkin, S. M. (2024). Gender as a social and structural variable: Research perspectives from the National Institutes of Health (NIH). *Translational Behavioral Medicine*, 14(1), 13–22. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibad014>
- Bwirire, D., Crutzen, R., Ntabe Namegabe, E., Letschert, R., & de Vries, N. (2022). Health inequalities in post conflict settings: A systematic review. *PLOS ONE*, 17(3), e0265038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265038>
- Churchwell, K., Elkind, M. S. V., Benjamin, R. M., Carson, A. P., Chang, E. K., Lawrence, W., et al. (2020). Call to action: Structural racism as a fundamental driver of health disparities: A presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 142(24), e454–e468. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000936>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018). La ineficiencia de la desigualdad: *Síntesis* (LC/SES.37/4). CEPAL.
- Marmot, M. (2004). *Status syndrome: How your place on the social gradient directly affects your health*. Bloomsbury.
- Mendes, F., Lopes, Z., Martins, A., Lima, H., & Amorim, M. (2023). Experiences of deprivation of freedom from the perspective of men and its implications to health care. *Revista Rene*, 24, e83199. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232483199>
- Mithen, J., Aitken, Z., Ziersch, A., & Kavanagh, A. M. (2015). Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Social Science & Medicine*, 126, 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.027>
- Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS). (2019). *Primer informe sobre desigualdades en salud en México* [Informe]. Secretaría de Salud. http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Comisión sobre determinantes sociales de la salud* [Informe]. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578–589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12734>

Viveros, M. (2023). *Interseccionalidad: Giro decolonial y comunitario* [Libro electrónico]. CLACSO. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/248817/1/Interseccionalidad.pdf>