



# Análisis del Sistema de Salud Mexicano:

## RETOS E IMPLICACIONES DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS

JUNIO 2026



Experiencias que nos hacen más fuertes

# PROLOCAL

**Carlos Alonso Chávez Moreno**  
Asistencia Técnica

**Ma. Eugenia Carranza Camarillo**  
Comunicación y Diseño Gráfico



Experiencias que nos hacen más fuertes

**PROLOCAL**

# Contenido

<b>1. Introducción y marco conceptual</b>	<b>08</b>
1.1. Justificación del enfoque municipal en salud pública	09
1.2. Metodología	09
1.3. La salud como derecho y su aterrizaje en el ámbito municipal	10
1.4. Rol del municipio en el SNSP e IMSS-Bienestar	13
<b>2. Bases normativas y competencias municipales</b>	<b>15</b>
2.1. Facultades municipales en determinantes de la salud	15
2.2. Concurrencia Federación-Estado-Municipio en salud	16
2.3. Atribuciones del DIF municipal, Desarrollo Social y otras áreas	16
<b>3. Diagnóstico local de salud</b>	<b>17</b>
3.1. Perfil epidemiológico municipal	20
3.2. Acceso y uso de servicios en el territorio	20
3.3. Determinantes sociales locales	21

<b>4. Arquitectura institucional municipal en salud</b>	<b>24</b>
4.1. Coordinación con IMSS-Bienestar y jurisdicciones sanitarias	<b>25</b>
4.2. Redes y esquemas de colaboración	<b>25</b>
<b>5. Financiamiento y recursos para la salud municipal</b>	<b>27</b>
5.1. Fuentes de recursos	<b>28</b>
<b>6. Líneas de acción desde el DIF Municipal</b>	<b>29</b>
6.1. Intervenciones psicosociales y de cuidado	<b>29</b>
<b>7. Líneas de acción desde Desarrollo Social</b>	<b>30</b>
7.1. Programas de combate a la pobreza, vivienda y servicios públicos	<b>30</b>
7.2. Alimentación saludable y activación física comunitaria	<b>30</b>
7.3. Prevención de adicciones y conductas de riesgo	<b>31</b>
<b>8. Líneas de acción desde Sistemas o Direcciones de Salud Municipal</b>	<b>32</b>
8.1. Atención primaria de salud y programa Médico en tu Casa	<b>32</b>
8.2. Salud mental municipal	<b>33</b>

8.3. Salud ambiental y zoonosis	33
<hr/>	
<b>9. Innovación y tecnología en salud municipal</b>	<b>35</b>
<hr/>	
9.1. Telemedicina e inteligencia artificial	35
<hr/>	
9.2. Sistemas de información municipal en salud	36
<hr/>	
<b>10. Gobernanza, participación y comités de salud</b>	<b>37</b>
<hr/>	
10.1. Comités municipales de salud	37
<hr/>	
10.2. Articulación con consejos de desarrollo, cabildo y comisiones	38
<hr/>	
<b>11. Agenda estratégica de la ACCM para los municipios mexicanos</b>	<b>39</b>
<hr/>	
11.1. Seis ejes de acción prioritaria	39
<hr/>	
Eje 1 – Fortalecimiento de la atención primaria con servicios itinerantes	39
<hr/>	
Eje 2 – Comités municipales de salud con participación intersectorial	40
<hr/>	
Eje 3 – Prevención de enfermedades crónicas y salud mental	41
<hr/>	
Eje 4 – Tecnología e información para la toma de decisiones	42
<hr/>	
Eje 5 – Alianzas estratégicas para ampliar recursos	43
<hr/>	

Eje 6 – Financiamiento y reforma legislativa	<b>44</b>
<hr/>	
11.2. Matriz de implementación	<b>45</b>
<hr/>	
<b>12. Conclusiones y agenda a futuro</b>	<b>46</b>
<hr/>	
12.1. Lo que el diagnóstico revela: una paradoja estructural	<b>46</b>
<hr/>	
12.2. Lo que los casos de éxito demuestran: es posible actuar	<b>47</b>
<hr/>	
12.3. La posición de la ACCM y la agenda a futuro	<b>48</b>
<hr/>	
<b>13. Bibliografía</b>	<b>51</b>
<hr/>	



## 1. Introducción y marco conceptual

El derecho a la salud está garantizado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que el Estado tiene la obligación de asegurar su cumplimiento en todos los niveles de gobierno. Indicadores como los tiempos de espera, la falta de medicamentos e insumos básicos y la distancia a los centros de atención médica evidencian brechas persistentes de accesibilidad y calidad que requieren políticas públicas específicas para ser atendidas.

El sistema de salud en México se caracteriza por su complejidad y fragmentación, al integrar instituciones públicas y privadas con distintos niveles y esquemas de atención. Esta estructura contribuye a profundas desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios médicos, y plantea retos particulares para los municipios, que actúan como primer punto de contacto entre la ciudadanía y el Estado.

El presente documento responde a la necesidad de comprender el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP), así como los retos, problemáticas y áreas de oportunidad que enfrentan los municipios mexicanos. Su objetivo es ofrecer un análisis comparativo de los sectores público y privado considerando sus particularidades históricas, normativas y sociales para identificar oportunidades de mejora y proponer soluciones adecuadas a los requerimientos sanitarios de la población.

## **1.1. Justificación del enfoque municipal en salud pública**

La salud pública en los municipios de México es fundamental para mejorar el bienestar local, prevenir enfermedades y promover entornos saludables mediante acciones cercanas a la población. Los gobiernos municipales actúan como aliados estratégicos en ejes como la prevención, la promoción de la salud y la coordinación con los niveles estatal y federal de gobierno.

Los municipios coordinan acciones para combatir la pobreza, diagnosticar problemas de salud y fomentar la participación comunitaria. Su proximidad a la ciudadanía les permite identificar necesidades específicas y articular iniciativas orientadas a la equidad e intersectorialidad. En particular, los ayuntamientos deben formular y ejecutar programas locales de salud en coordinación con los sistemas estatales y el Plan Nacional de Desarrollo, incluyendo la supervisión de servicios de salubridad local, la promoción de la salud y la participación en convenios con la Secretaría de Salud.

Desde sus orígenes, la salud pública municipal en México ha enfrentado retos significativos: financiamiento público limitado, brechas de cobertura en zonas rurales, alta prevalencia de obesidad y diabetes, y escasez de recursos humanos y materiales. Estos desafíos requieren la colaboración articulada de los tres órdenes de gobierno.

## **1.2. Metodología**

Este trabajo adopta un enfoque de investigación aplicada de carácter descriptivo-analítico, con sustento en la revisión sistemática de fuentes primarias y secundarias. El proceso metodológico comprende las siguientes fases:

- **Revisión bibliográfica y normativa:** análisis de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y sus reglamentos, el Programa Sectorial de Salud 2025–2030 y los lineamientos operativos del SNSP.
- **Análisis estadístico:** procesamiento de datos del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI), la ENIGH 2022, la Medición Multidimensional de la Pobreza 2022 (CONEVAL) y los presupuestos de egresos federales 2024–2026 (SHCP/CIEP).
- **Revisión de casos de éxito:** documentación de experiencias municipales exitosas en Chihuahua, Aguascalientes, Coacalco, Los Cabos, Huixquilucan, León, Puebla y Yucatán.
- **Consulta de organismos internacionales:** reportes de la OPS, la OCDE y la OMS sobre el sistema de salud mexicano y comparativos internacionales.
- **Análisis propositivo:** formulación de una agenda estratégica para gobiernos municipales con base en los hallazgos del diagnóstico.

Las limitaciones del estudio incluyen la disponibilidad desigual de datos desagregados a nivel municipal y la variabilidad en la capacidad institucional entre los 2,469 municipios del país.

### **1.3. La salud como derecho y su aterrizaje en el ámbito municipal**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que el acceso universal a la salud implica que todas las personas y

comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos y de calidad, conforme a sus necesidades, así como a medicamentos seguros, eficaces y asequibles, sin que el uso de esos servicios les genere dificultades financieras, especialmente en el caso de grupos en situación de vulnerabilidad (OPS, 2025).

El marco normativo internacional del derecho a la salud establece cuatro pilares esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. A nivel nacional, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) subraya que el Estado, a través de sus tres niveles de gobierno, tiene la obligación de proporcionar servicios de salud responsables, accesibles y no discriminatorios.

Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (art 25).

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) 1966.

Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" de 1988.

•Observación general No.14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de 2000.

**Fuente:** Elaboración del CONEVAL con base en los instrumentos normativos internacionales considerados en el Sistema de Información de Derechos Sociales.

El derecho a la salud en el ámbito municipal en México se deriva del artículo 4º constitucional, que establece la protección de la salud como un derecho humano fundamental. La Ley General de Salud (LGS) regula este derecho y distribuye competencias entre la Federación, los estados y los municipios para garantizar el acceso oportuno y profesional a los servicios médicos

### Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- Art. 4: Toda persona tiene derecho a la salud.
- Art 2 B: Para abatir las carencias y los rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades tienen la obligación de; Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura a nivel nacional.

### Ley General de Desarrollo Social

- Art. 4: Toda persona tiene derecho a la salud.
- Art 2 B: Para abatir las carencias y los rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades tienen la obligación de; Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura a nivel nacional.

### Ley General de la Salud

#### **1.4. Rol del municipio en el SNSP e IMSS-Bienestar**

México opera principalmente a través de cuatro instituciones que cubren a la mayor parte de la población:

- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social): atiende a trabajadores del sector formal y sus familias, proporcionando una amplia gama de servicios médicos y hospitalarios.
- ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado): brinda atención a los empleados del sector público, con cobertura a aproximadamente el 18% de la población asegurada.
- SEMAR y SEDENA: brindan atención al personal militar.
- Pemex: ofrece servicios de salud a sus trabajadores, cubriendo enfermedades y cirugías sin cuotas para los empleados.
- Secretaría de Salud (SSA): atiende a la población sin afiliación a seguridades sociales, principalmente en áreas rurales o desatendidas, incluyendo programas como IMSS-Bienestar, creado en 2023 para atender a la población no asegurada.

El IMSS-Bienestar fue creado para atender a la población en condiciones de pobreza sin afiliación a la seguridad social, a través de una red de hospitales y centros de salud transferidos de entidades federativas al organismo descentralizado, bajo un modelo de atención universal, pública y preventiva.

Sin embargo, persiste una zona de confusión respecto a las responsabilidades operativas de los centros y casas de salud, cuya administración recae en las jurisdicciones sanitarias.

### ***Diferencias entre IMSS-Bienestar e IMSS Ordinario***

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>IMSS ORDINARIO</b>
Población atendida	Personas sin seguridad social, zonas rurales y marginadas	Trabajadores asegurados y sus familias
Tipo de atención	Primer y segundo nivel, gratuita	Servicios médicos, pensiones, guarderías y culturales
Enfoque	Universal, público, preventivo y comunitario	Contributivo y asegurado
Cobertura	Unificación de servicios estatales e INSABI	Sistema tradicional del Seguro Social
Alcance	Atención en áreas marginadas y dispersas	Atención a derechohabientes urbanos y rurales

## 2. Bases normativas y competencias municipales

Los factores del acceso a la atención médica en municipios de México se enmarcan en un contexto normativo que enfatiza la disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y adaptabilidad de los servicios, conforme al enfoque de derechos humanos del CONEVAL. La Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento regulan las bases para la cobertura universal, con competencias concurrentes entre la Federación, los estados y los municipios.

### 2.1. Facultades municipales en determinantes de la salud

El artículo 115 de la Constitución establece que los municipios son responsables de los siguientes servicios públicos, todos ellos con incidencia directa en los determinantes de la salud:

- Agua potable y manejo de aguas residuales.
- Alumbrado público.
- Recolección y disposición de residuos sólidos.
- Mercados y centrales de abasto.
- Panteones y rastros.
- Mantenimiento de calles, parques y jardines.
- Seguridad pública, policía preventiva y tránsito.

Estos servicios impactan directamente en la salubridad ambiental y en el ejercicio del derecho a la salud. La Suprema Corte de Justicia ha reforzado que estos actos municipales deben observar las leyes federales y estatales para garantizar un medio ambiente sano, en consonancia con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo de San Salvador.

## **2.2. Concurrencia Federación–Estado–Municipio en salud**

El Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP) actúa como órgano permanente encargado de coordinar las acciones de salubridad general, respetando las competencias de cada dependencia y entidad de la Administración Pública Federal, Estatal y Local. La Secretaría de Salud coordina el sistema, mientras que el IMSS-Bienestar colabora en la prestación gratuita de servicios a personas sin seguridad social.

## **2.3. Atribuciones del DIF municipal, Desarrollo Social y otras áreas**

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) desempeña un rol fundamental en los municipios al brindar servicios de salud accesibles y preventivos a poblaciones vulnerables. Los Sistemas Municipales DIF (SMDIF) promueven acciones de medicina preventiva dirigidas a lactantes, madres gestantes y grupos desprotegidos, incluyendo consultas médicas, enfermería, psicología, odontología y rehabilitación física.

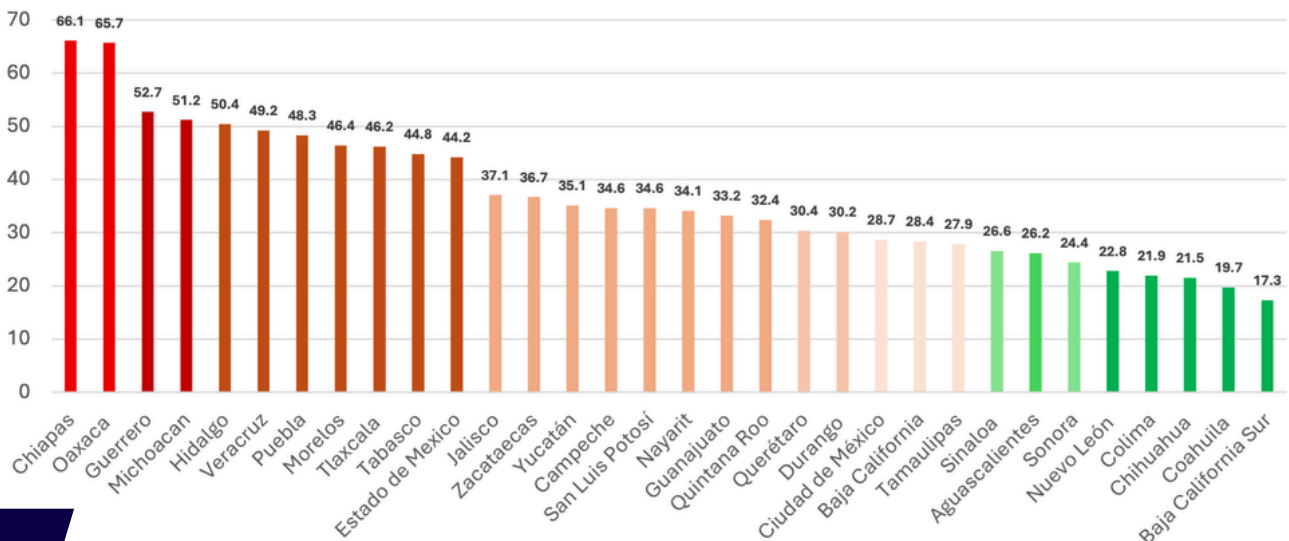
Como nivel de gobierno más cercano a la ciudadanía, los SMDIF identifican y responden a vulnerabilidades locales –desnutrición, discapacidades y falta de acceso médico– coordinando con el DIF estatal y nacional para maximizar recursos. En contextos de pobreza extrema, representan un puente esencial hacia la salud primaria y el desarrollo comunitario.

### 3. Diagnóstico local de salud

De acuerdo con el último estudio del CONEVAL (2022), la dimensión del acceso a los servicios de salud fue la más desfavorable entre las carencias sociales medidas: 50.4 millones de personas (39.1% de la población) afirmaron no estar afiliadas ni tener derecho a recibir servicios de salud en institución alguna, pública o privada.

El Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI reporta que cerca de tres cuartas partes de la población mexicana se encuentra afiliada a alguna institución de salud, con una tasa femenina de 75% frente a 71.9% en hombres. Sin embargo, la afiliación no garantiza per se el acceso efectivo; factores como la ubicación geográfica inciden de forma determinante en la posibilidad real de recibir atención oportuna

**Porcentaje de población con carencias de Salud**



**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENIGH 2022 del INEGI, disponible en el anexo estadístico de la Medición Multidimensional de la Pobreza 2022 (CONEVAL, 2023a).

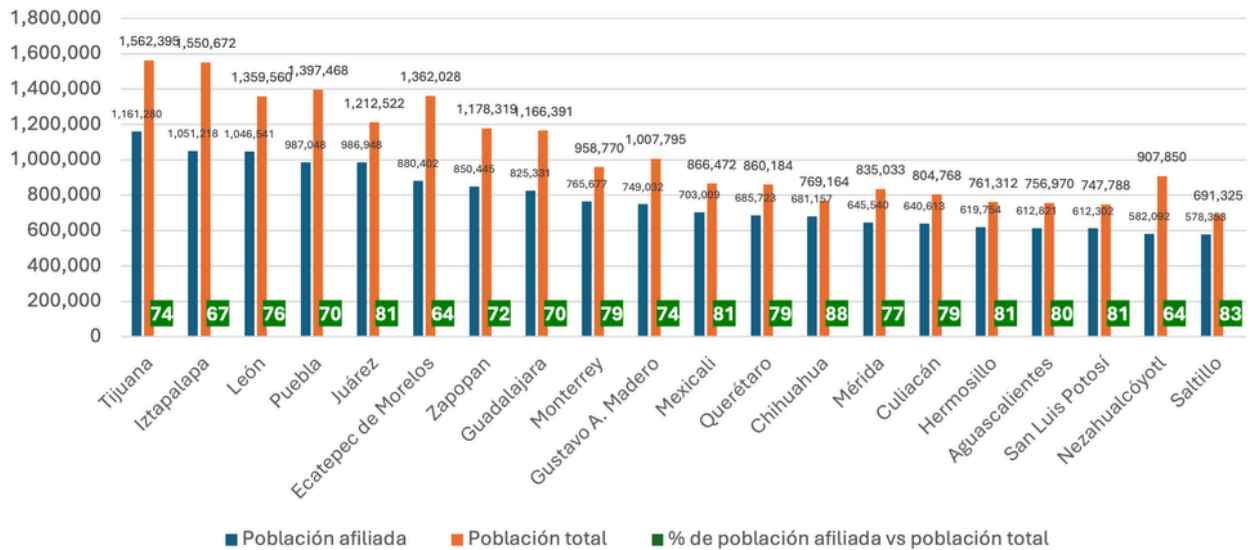
Los datos por entidad federativa muestran que en cinco estados más del 50% de la población carece de servicios de salud: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Michoacán e Hidalgo. En contraste, únicamente Coahuila y Baja California Sur presentan tasas de carencia inferiores al 20%.

De la misma manera el Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, en relación con la afiliación a servicios de salud incluyendo IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Defensa o Marina, Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI), Instituto de Salud para el Bienestar, IMSS-PROSPERA o IMSS-BIENESTAR, así como seguros privados se observa que los municipios con mayor número de personas afiliadas son Tijuana, Iztapalapa, León, Guanajuato y Puebla.

Por otro lado, los municipios con menores niveles de afiliación se localizan principalmente en el estado de Oaxaca; en este rubro únicamente se identifican municipios de Oaxaca, Puebla y Sonora. No obstante, el análisis porcentual indica que, en la mayoría de los municipios, entre el 60% y el 80% de la población está afiliada a algún servicio de salud.

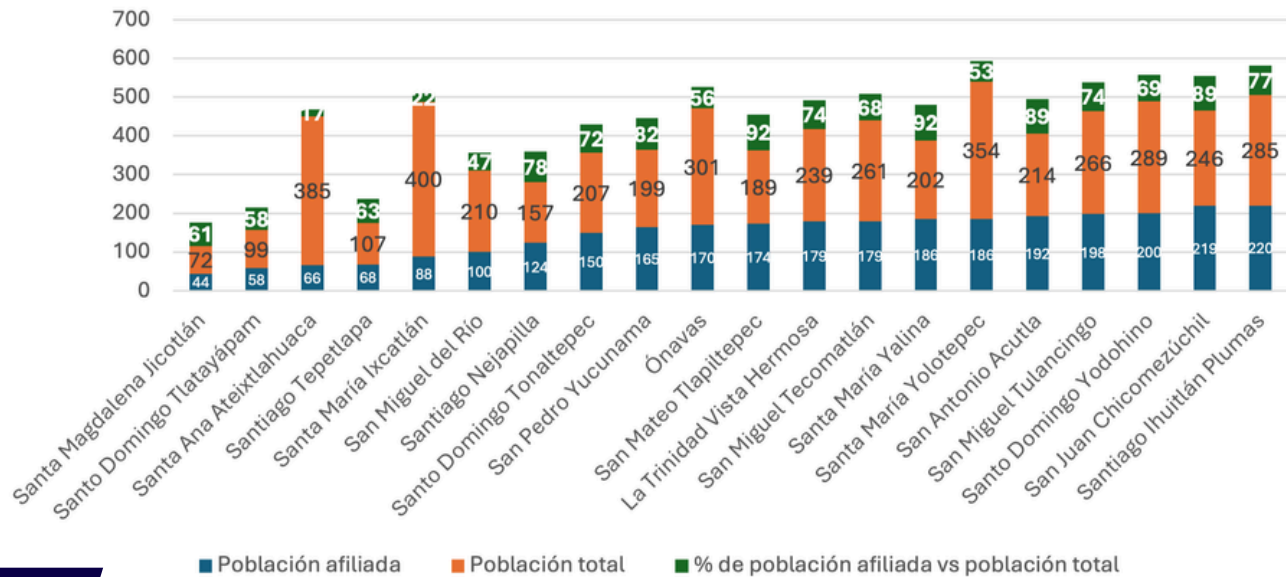
Esto sugiere que, aunque las grandes urbes concentran una elevada cantidad absoluta de afiliados, la tasa de afiliación respecto al total de sus habitantes no es necesariamente superior en comparación con el resto del país.

## Municipios con mayor afiliación a servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020; muestra de 12 años en adelante.

## Municipios con menor afiliación a servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020; muestra de 12 años en adelante.

### **3.1. Perfil epidemiológico municipal**

A partir de los datos más recientes (2024-2025) del INEGI y la Secretaría de Salud, es posible identificar los siguientes patrones:

- Las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de consultas médicas en entidades como Ciudad de México y Quintana Roo, seguidas de infecciones de vías urinarias e intestinales.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles —obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial— dominan las causas de mortalidad, especialmente en la población adulta.
- Municipios en Estado de México, Chihuahua y Ciudad de México presentan tasas de mortalidad más altas por enfermedades cardiovasculares y diabetes.
- En zonas rurales del sur del país (Guerrero, Chiapas), persisten infecciones intestinales y respiratorias asociadas al saneamiento deficiente.

### **3.2. Acceso y uso de servicios en el territorio**

Entre los principales obstáculos que enfrentan los habitantes para acceder a la atención médica se identifican: los prolongados tiempos de espera, la lejanía de los centros de atención y la restricción de los horarios de servicio.

En la mayoría de los establecimientos de salud, el personal médico brinda atención únicamente entre las 8:00 y las 15:00 horas. Esta limitación genera quejas frecuentes por parte de la ciudadanía y pone de manifiesto la necesidad urgente de ampliar los horarios de atención. La insuficiencia en la cobertura horaria afecta de manera desproporcionada a quienes trabajan en jornadas que coinciden con el horario de atención médica disponible.

Principal motivo	Mujeres	Hombres	Mujeres (%)	Hombres (%)
Total	3 761 307	2 605 422	100.0	100.0
Acceso	2 466 215	1 700 061	65.6	65.3
Me dan cita dentro de mucho tiempo	960 521	618 168	25.5	23.7
Está muy lejos el lugar donde me toca ir	702 335	565 845	18.7	21.7
No tienen el servicio que necesito	198 057	174 906	5.3	6.7
No había servicio en el horario en que lo necesitaba	449 677	229 465	12.0	8.8
Otra razón	155 625	111 677	4.1	4.3
Calidad	530 463	514 604	14.1	19.8
Otro motivo	699 756	310 842	18.6	11.9
No sabe	64 873	79 915	1.7	3.1

**Nota:** La pregunta correspondiente a los motivos por los que las personas usuarias decidieron no atenderse en el lugar de su derechohabencia, la cual corresponde a una submuestra realizada con el instrumento "Cuestionario de utilizadores de servicios de salud". Por lo que se considera como principal motivo la primera opción dada por las personas entrevistadas.

**Fuente:** INMUJERES, cálculos propios con base en INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUT), 2022.

### 3.3. Determinantes sociales locales

El IMSS concentra la mayor proporción de afiliados a escala nacional, seguido del ISSSTE y, en tercer lugar, el IMSS-Bienestar, que atiende a aproximadamente el 35% de la población nacional. Esta última institución es la que guarda una relación más directa con los gobiernos locales, al tener el control operativo de los CESSA, centros de salud, casas de salud y algunos hospitales regionales de primer nivel.

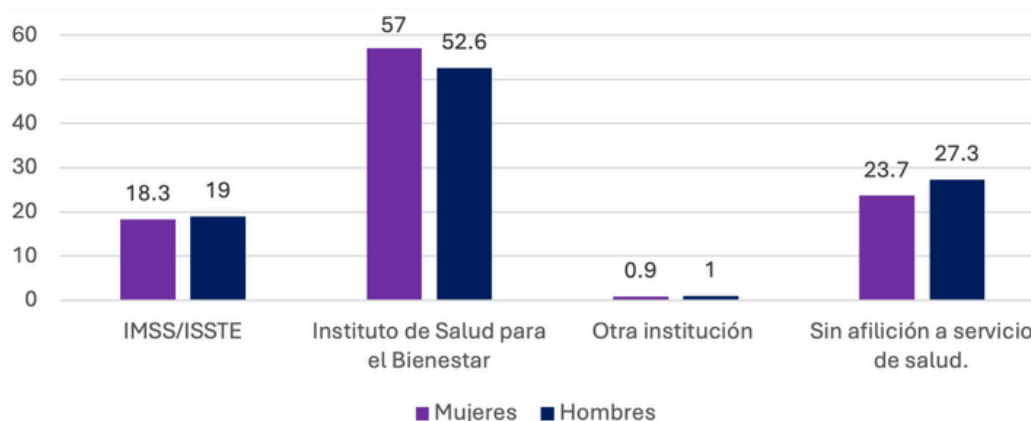
Condición de afiliación / Institución	Mujeres	Hombres	Mujeres (%)	Hombres (%)
Total	64 540 634	61 473 390	100.0	100.0
Con afiliación a servicios de salud	48 410 858	44 171 954	75.0	71.9
IMSS <sup>1</sup>	24 047 531	23 198 378	49.7	52.5
ISSSTE <sup>2</sup>	4 263 266	3 383 148	8.8	7.7
PEMEX, Defensa o Marina	581 172	570 324	1.2	1.3
Instituto de Salud para el Bienestar <sup>3</sup>	17 957 662	15 462 436	37.1	35.0
Seguro privado	1 026 610	1 033 128	2.1	2.3
Otra institución <sup>4</sup>	534 617	524 540	1.1	1.2
Sin afiliación a servicios de salud	15 933 811	17 065 902	24.7	27.8
No especificado	195 965	235 534	0.3	0.4

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se incluye ISSSTE estatal. 3. Incluye a la población afiliada al Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI), IMSS-Prospera o IMSS-Bienestar. 4. Incluye instituciones de salud públicas o privadas.

**Fuente:** INEGI. Censo de Población y Vivienda. Tabulados interactivos, 2020. Condición de afiliación a servicios de salud por institución según sexo, 2020.

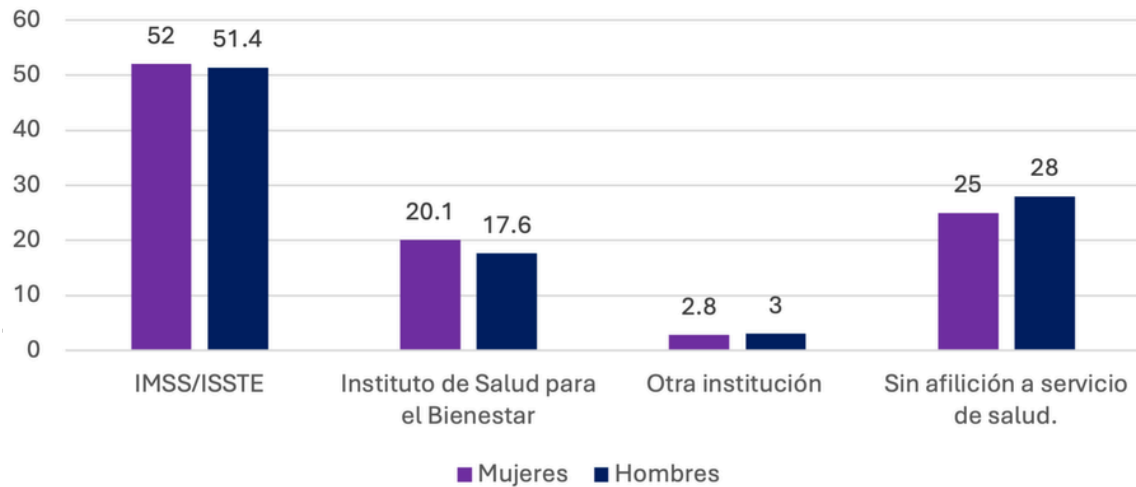
El IMSS y el ISSSTE mantienen un mayor volumen de atención en zonas urbanas, mientras que el IMSS-Bienestar concentra su actividad en comunidades rurales y marginadas. Esta configuración plantea el reto de cómo los municipios pueden articularse de manera efectiva con cada institución para reducir las brechas de acceso en sus territorios.

### Población por condición de afiliación respecto a su residencia y sexo (Rural)



**Fuente:** Elaboración propia con datos de INEGI. Censo de Población y Vivienda. Tabulados interactivos, 2020

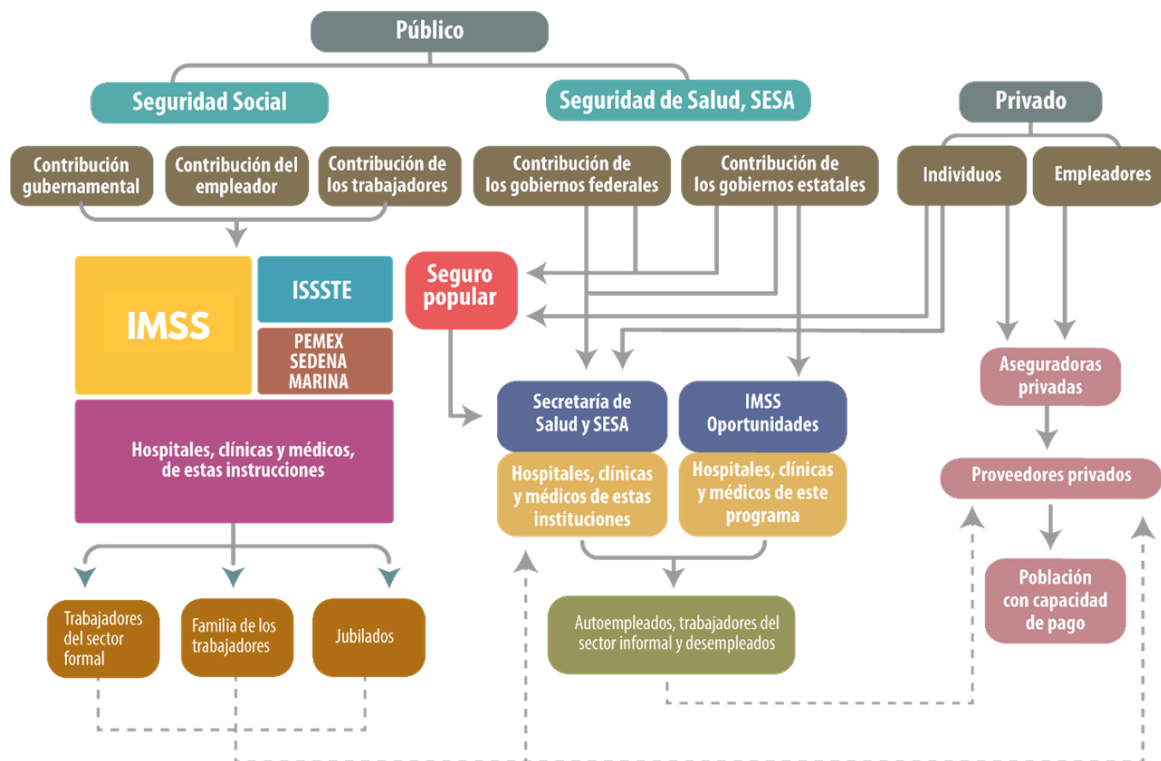
## Población por condición de afiliación respecto a su residencia y sexo (Urbana)



1. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se incluye ISSSTE estatal. 3. Incluye a la población afiliada al Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI), IMSS-Prospera o IMSS-Bienestar. 4. Incluye instituciones de salud públicas o privadas.

**Fuente:** Elaboración propia con datos de INEGI. Censo de Población y Vivienda. Tabulados interactivos, 2020.

## 4. Arquitectura institucional municipal en salud



La clasificación de la atención de salud municipal en México se basa en tres niveles establecidos por la Secretaría de Salud a través del Comité Técnico Especializado del Sector Salud (CTESS):

- Primer nivel: atención ambulatoria general o especializada enfocada en prevención, promoción de la salud y detección temprana de enfermedades, sin hospitalización.
- Segundo nivel: proporciona atención hospitalaria de urgencias, servicios ambulatorios especializados y recepción de referencias del primer nivel para casos de mediana complejidad.

- Tercer nivel: aborda alta complejidad con especialidades avanzadas, hospitalización prolongada y auxiliares de diagnóstico sofisticados.

Dentro del sistema municipal, los establecimientos de salud más comunes son: Casas de Salud (unidades rurales de primer nivel), Centros de Salud (atención preventiva y curativa gratuita) y CESSA — Centros de Salud con Servicios Ampliados— que brindan atención primaria integral con mayor capacidad resolutiva en ginecología, pediatría, medicina interna, odontología, psicología y nutrición.

#### **4.1. Coordinación con IMSS–Bienestar y jurisdicciones sanitarias**

La coordinación entre IMSS–Bienestar y las jurisdicciones sanitarias se basa en convenios que aseguran la prestación gratuita de servicios de salud a personas sin seguridad social. La Ley General de Salud (artículos 77 bis 6 y 77 bis 35) establece los mecanismos para transferir recursos, infraestructura y personal.

Las jurisdicciones sanitarias actúan como unidades regionales desconcentradas de los servicios estatales de salud, coordinando con IMSS–Bienestar en la operación de unidades médicas, la regulación sanitaria y los programas preventivos. Supervisan los niveles de atención municipal y facilitan la referencia de pacientes entre centros de salud locales y hospitales de mayor complejidad.

#### **4.2. Redes y esquemas de colaboración**

Las Redes de Municipios por la Salud ayudan a mejorar la coordinación entre ayuntamientos y fomentan la participación social para beneficiar a las comunidades. Entre las redes más destacadas se encuentran:

La Red de Municipios por la Salud, el Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables, la Comisión Intersectorial de Promoción de la Salud de la CDMX y la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS.

Es fundamental establecer alianzas estratégicas con municipios vecinos para crear espacios de salud intermunicipales. La coordinación intermunicipal y con autoridades estatales asegura la operación continua de los consultorios, garantizando personal médico, servicios necesarios y uso eficiente de fondos federales o recursos combinados.

## 5. Financiamiento y recursos para la salud municipal

El panorama del financiamiento en salud en México está definido por los recortes ocurridos en los últimos años. El presupuesto total en salud para 2025 alcanzó 918.4 mil millones de pesos, lo que representó una reducción del 11.0% respecto a 2024. A nivel internacional, se recomienda que los países destinen al menos el 6% del PIB al sector salud; México mantiene una inversión equivalente al 2.5% del PIB, lo que amplía la brecha hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS) a al menos 3.5 puntos porcentuales adicionales.

El gasto per cápita demuestra con claridad la desigualdad entre la población con y sin seguridad social: las personas afiliadas al IMSS o ISSSTE ven un incremento en su GPC, mientras que quienes reciben atención de IMSS-Bienestar enfrentan recortes que dificultan aún más el acceso a los servicios. En 2026, el gasto en salud aumentará un 5.9% respecto a 2025, pero será 4.7% menor que el monto de 2024, llegando a solo el 2.6% del PIB.

La OCDE ha detectado que México tiene algunos de los niveles más bajos de inversión, capacidad hospitalaria y resultados clínicos. El país registra 2.7 médicos por cada mil habitantes frente al 3.9 de la OCDE, y 3.0 enfermeras contra el 9.2 promedio internacional. Es evidente que las implicaciones derivadas del déficit de recursos humanos, económicos y la escasez de especialistas inciden directamente en los municipios, quienes actúan como primeros respondientes ante las demandas de la ciudadanía.

## 5.1. Fuentes de recursos

Los recursos financieros para la salud en los municipios mexicanos provienen principalmente de transferencias federales y estatales, siendo los ingresos propios municipales generalmente inferiores al 1-3% del gasto estatal total en salud. Las principales fuentes son:

- Ramo 28 – Participaciones Federales: fortalece las finanzas públicas locales sin fines específicos programables. En materia de salud, los fondos etiquetados provienen principalmente del Ramo 33.
- FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud): distribuido mediante el Ramo 33, financia la prestación de servicios públicos de salud a la población sin seguridad social. Los recursos se transfieren a los estados, que los distribuyen entre sus servicios estatales y, en menor medida, a los municipios.
- FAISMUN (Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social Municipal): destina recursos federales a municipios para combatir el rezago social, permitiendo inversiones en construcción, ampliación y mantenimiento de unidades médicas, equipamiento y rehabilitación de espacios, priorizando localidades en pobreza extrema o Zonas de Atención Prioritaria (ZAP).

## 6. Líneas de acción desde el DIF Municipal

El Sistema DIF Municipal forma parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y se centra en brindar asistencia social — incluyendo servicios de salud— a poblaciones vulnerables como niños, adultos mayores y personas en situación de desamparo. Su función esencial es promover acciones preventivas, protectoras y de atención en salud, coordinándose con instancias estatales y federales para mejorar el bienestar familiar.

Los DIF Municipales prestan servicios médicos de primer nivel —consultas, odontología, nutrición, psicología y control de enfermedades transmitidas por vectores—, incluyen prevención de morbimortalidad, campañas de salud bucal, apoyo a personas con discapacidad mediante aparatos funcionales y rehabilitación, así como la operación de Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR).

### 6.1. Intervenciones psicosociales y de cuidado

Las intervenciones psicosociales en municipios mexicanos se centran en la prevención de riesgos emocionales, el apoyo a poblaciones vulnerables y la promoción de la salud mental, principalmente a través de los SMDIF y los comités locales de salud mental. Estos programas abordan temáticas como violencia familiar, adicciones y estrés, adaptadas a los contextos locales.

Los programas clave incluyen: consultas psicológicas y talleres de prevención de riesgos psicosociales en los SMDIF; comités municipales que coordinan prevención de adicciones y salud mental con sectores público y privado; y campañas locales contra la depresión y la ansiedad.

## 7. Líneas de acción desde Desarrollo Social

El desarrollo social actúa como un factor clave para fortalecer la salud municipal en México, al abordar determinantes como la pobreza, la educación y el acceso a servicios básicos que influyen directamente en el bienestar poblacional. En contextos municipales, mejora la equidad en salud mediante intervenciones locales que reducen desigualdades.

### **7.1. Programas de combate a la pobreza, vivienda y servicios públicos**

Los servicios municipales de agua potable, drenaje y saneamiento — responsabilidad constitucional de los ayuntamientos— previenen enfermedades diarreicas y mejoran la higiene cotidiana. Fondos como FAISMUN financian infraestructura en zonas de pobreza extrema, integrando el binomio agua-salud para combatir el rezago social.

Entre los programas más relevantes se encuentran: el Programa Nacional de Vivienda (apoyos para techos firmes y servicios básicos), FAISMUN (obras de salud e infraestructura en Zonas de Atención Prioritaria), CONAVI e INFONAVIT (subsidios directos para bajos ingresos), y programas de mejora de espacios habitacionales y de esparcimiento.

### **7.2. Alimentación saludable y activación física comunitaria**

México enfrenta una epidemia de obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo para diabetes tipo 2, con prevalencia del 15% en adultos mayores de 20 años y más del 30% de muertes por enfermedades cardiovasculares relacionadas.

La malnutrición coexiste en formas moderada y severa, con incrementos anuales del 7-20%, afectando más a estados como Chihuahua y Estado de México.

Municipios implementan programas como "Actívate Chihuahua" y, en Puebla, el Plato Poblano del Buen Comer y las Casas de Salud que promueven alimentación equilibrada y prevención en vulnerables. Estrategias intersectoriales incluyen vigilancia epidemiológica, entornos urbanos saludables y etiquetado frontal.

### **7.3. Prevención de adicciones y conductas de riesgo**

La prevención de adicciones forma parte integral de las estrategias de salud municipal en México. Los SMDIF ofrecen programas como PREVERP Adicciones, que fortalecen la autoestima y las relaciones familiares para reducir vulnerabilidades. Entre los programas más relevantes destacan:

- UNEME CAPAS: Unidades especializadas en prevención primaria de adicciones, con sedes en Puebla Norte y Sur, enfocadas en tamizajes escolares y atención comunitaria.
- Comités Municipales Contra Adicciones (COMCA): coordinan esfuerzos interinstitucionales para prevención y tratamiento, integrando Centros de Integración Juvenil (CIJ) y DIF.
- Planet Youth: programa islandés de prevención primaria de adicciones en adolescentes, implementado en Guanajuato (46 municipios) y Yucatán (con cobertura creciente).

## 8. Líneas de acción desde Sistemas o Direcciones de Salud Municipal

Los organigramas de los departamentos de salud en ayuntamientos mexicanos muestran estructuras con una Dirección General al frente, subdirecciones para prevención, control sanitario y servicios médicos, y coordinaciones específicas para epidemiología o bienestar animal. La mayoría incluye: Dirección de Salud Municipal, Subdirecciones de prevención social, control sanitario y atención médica, y Coordinaciones de epidemiología, regulación sanitaria y zoonosis.

### 8.1. Atención primaria de salud y programa Médico en tu Casa

La atención primaria de salud en municipios mexicanos se centra en la prevención, promoción y atención básica, articulada con los niveles estatal y federal para acercar servicios a las comunidades locales. Entre los programas más exitosos en este rubro destacan:

- El Seguro Popular Municipal de Coacalco de Berriozábal: programa público y voluntario que ofrece protección de salud gratuita a residentes sin seguridad social, con consultas gratuitas ilimitadas —médicas, dentales y de optometría—, hasta 3 medicamentos mensuales del cuadro básico y 6 exámenes de laboratorio anuales. Beneficia principalmente al 30% de la población sin otro esquema de salud.
- Los Cabos (Baja California Sur): opera unidades móviles con médicos y laboratorios para detectar diabetes, hipertensión y cáncer de mama en comunidades remotas, recorriendo regularmente colonias y reduciendo brechas de acceso primario.

- León, Guanajuato: abrió la brecha de oportunidades con la creación de su Dirección General de Salud, que presta servicios de médico en tu casa, consultas médicas, psicológicas y nutricionales, atención gratuita de enfermería y programas de esterilización gratuita de mascotas.

El programa "Médico en tu Casa" y su evolución reciente como "Salud Casa por Casa" ofrece atención médica gratuita directamente en los hogares de adultos mayores y personas con discapacidad. En 2024, se brindaron más de 116 mil consultas médicas y odontológicas a población vulnerable mediante cinco hospitales, 26 Centros de Desarrollo Comunitario y 240 jornadas gratuitas con unidades móviles.

## **8.2. Salud mental municipal**

Entre las experiencias exitosas en materia de salud mental destaca la implementación de Unidades de Crisis en algunos municipios. Chihuahua opera una Línea de Atención en Crisis 24/7 a través del Instituto Municipal de Prevención y Atención a la Salud (IMPAS), que atiende casos de ansiedad, depresión y conductas suicidas.

El Instituto Municipal de Salud Mental de Aguascalientes (IMASAM) es una instancia municipal especializada cuyo objetivo es brindar atención psicológica, acompañamiento y acciones de prevención para niñas, niños, adolescentes, personas adultas y familias.

## **8.3. Salud ambiental y zoonosis**

Los municipios mexicanos enfrentan un problema significativo de fauna nociva canina y felina:

Perros y gatos ferales transmiten zoonosis como la rabia y la leptospirosis, atacan fauna nativa y generan problemas de convivencia. Entre los municipios más afectados se encuentran Ecatepec (con más de 500 mil animales callejeros estimados), Nezahualcóyotl, Toluca, Naucalpan y Chimalhuacán.

Entre los casos de éxito destacan: Tlaxcala, declarado libre de rabia transmitida por perros mediante esfuerzos intersectoriales; Lagos de Moreno (Jalisco), cuyo último caso humano por mordedura de perro fue en 1995; y Puebla, con su Programa de Zoonosis que integra vacunación, esterilización, ectodesparasitación y educación comunitaria.

## 9. Innovación y tecnología en salud municipal

La tecnología juega un rol fundamental en la salud pública al mejorar el diagnóstico, la prevención de enfermedades y la eficiencia de los sistemas sanitarios. En México, su adopción ha transformado el acceso a servicios médicos, especialmente en áreas rurales y durante crisis como pandemias. En el ámbito municipal se centra principalmente en telemedicina, plataformas digitales e inteligencia artificial.

### 9.1. Telemedicina e inteligencia artificial

La telemedicina reduce las barreras geográficas al permitir consultas remotas en comunidades alejadas sin necesidad de traslados costosos. En Puebla, el gobierno ha invertido 70 millones de pesos para equipar 1,500 Casas de Salud con conectividad e infraestructura solar, vinculándolas a especialistas a través de IMSS-Bienestar.

La inteligencia artificial (IA) permite predecir brotes epidémicos analizando datos climáticos y demográficos. En el ámbito clínico, modelos del Instituto Potosino de Investigación Científica y Tecnológica (IPICYT) se aplican a: cáncer de mama (con 99% de precisión en análisis de mastografías), enfermedades oculares, cardiovasculares, neurodegenerativas y respiratorias.

San Luis Potosí es pionero en México en la regulación ética de la IA aplicada a la salud.

El monitoreo remoto mediante plataformas de nube y dispositivos conectados reduce las hospitalizaciones evitables hasta en un 20-24% en enfermedades crónicas.

## **9.2. Sistemas de información municipal en salud**

Los sistemas de información municipal en salud facilitan el registro de datos locales, el monitoreo de indicadores clave y la visualización mediante tableros interactivos, alineados con plataformas nacionales como SINAI y SINAVE. En la Ciudad de México, tableros en Power BI monitorean nacimientos y defunciones en tiempo real, apoyando el diseño de políticas preventivas.

El monitoreo se basa en indicadores como tasas de mortalidad, cobertura y el Índice de Salud Municipal (ISM), calculado con ponderaciones de datos oficiales para comparar municipios y evaluar acciones preventivas.

## 10. Gobernanza, participación y comités de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia clave para el desarrollo de sistemas de salud sostenibles, lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). México tiene una ventana de oportunidad al buscar reformar el sistema de salud mediante esta estrategia, armonizando directamente con el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y el modelo de IMSS-Bienestar.

### 10.1. Comités municipales de salud

Los comités municipales de salud son órganos colegiados clave para coordinar acciones locales de salud pública, promover la participación ciudadana y articular la planeación intersectorial. Identifican problemas prioritarios como enfermedades crónicas, adicciones y entornos insalubres, y elaboran programas de trabajo municipal.

Su integración típica contempla: la presidencia del alcalde, un secretario designado, un secretario técnico de la jurisdicción sanitaria y vocales de comunicación, salubridad, promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluyendo representantes del gobierno, el sector salud, instituciones educativas y la sociedad civil.

## **10.2. Articulación con consejos de desarrollo, cabildo y comisiones**

La articulación entre los consejos de desarrollo, el cabildo y las comisiones edilicias en materia de salud se basa en marcos legales que promueven la coordinación para impulsar políticas locales. La Ley General de Salud (artículo 110) impulsa la promoción de la salud a nivel municipal mediante comités que integran al cabildo, las comisiones edilicias y los sectores sociales.

El cabildo actúa como órgano deliberante supremo, aprobando acuerdos turnados por las comisiones edilicias permanentes de salud. Las comisiones edilicias reciben informes bimestrales de los consejos y supervisan la ejecución de obras y programas de salud.

## 11. Agenda estratégica de la ACCM para los municipios mexicanos

Con base en el diagnóstico realizado, se propone una agenda estratégica de seis ejes para los gobiernos municipales, articulada con el cabildo, el sistema DIF, organizaciones civiles, fundaciones, jurisdicciones sanitarias y la sociedad civil. La planificación debe hacerse de manera conjunta con todos estos actores, con el fin de identificar enfermedades crónicas, crear entornos seguros y saludables, e implementar políticas públicas para erradicar el rezago en materia de salud.

### 11.1. Seis ejes de acción prioritaria

#### Eje 1 – Fortalecimiento de la atención primaria con servicios itinerantes

Ampliar la cobertura real de atención médica mediante unidades móviles, programas de Médico en tu Casa y extensión de horarios de servicio. Este eje tiene el mayor impacto inmediato y el menor costo relativo, pues la barrera de acceso más frecuente no es la falta de infraestructura sino la restricción horaria y la distancia.

#### *Acciones concretas:*

- Despliegue de unidades móviles médicas, odontológicas y de laboratorio, con especial énfasis en juntas auxiliares y localidades dispersas (referente: modelo Los Cabos y Huixquilucan).

- Extensión de horarios de atención más allá de las 8:00-15:00 horas, priorizando municipios con alta concentración de trabajadores.
- Impulso del programa Médico en tu Casa / Salud Casa por Casa para adultos mayores y personas con discapacidad.
- Implementación de esquemas tipo Seguro Popular Municipal (referente: Coacalco), con consultas gratuitas ilimitadas, medicamentos básicos y laboratorio sin costo para la población sin seguridad social.
- Desde el SMDIF: atención gratuita en medicina general, entrega de medicamentos básicos sin costo, traslados programados sin costo, servicios de salud visual y mejora de las UBR con espacios sensoriales y terapia hídrica.

### Eje 2 – Comités municipales de salud con participación intersectorial

Constituir o activar los comités municipales de salud como condición habilitante del resto de las acciones. Sin un órgano de coordinación local, las demás intervenciones se implementan de forma aislada y sin continuidad entre administraciones.

#### *Acciones concretas:*

- Integración del comité con: cabildo, jurisdicción sanitaria, gobierno estatal, redes de DIF, organizaciones civiles e instituciones educativas.

- Sesión mínima bianual con diagnóstico situacional actualizado y definición de 5 prioridades anuales.
- Talleres intersectoriales de planeación con seguimiento y evaluación continua.
- Vinculación expresa con la regiduría de salud y las comisiones edilicias permanentes para garantizar la aprobación presupuestal de las acciones definidas.
- Participación en el 100% de los comités y redes de salud municipales (Red de Municipios por la Salud, Movimiento de Municipios Saludables, red OMS de ciudades amigables con personas mayores).

### Eje 3 – Prevención de enfermedades crónicas y salud mental

Diseñar e implementar campañas continuas de prevención de obesidad, diabetes, hipertensión y salud mental, priorizando zonas rurales y periurbanas. Este eje atiende el perfil epidemiológico real: diabetes, obesidad e hipertensión encabezan la mortalidad municipal, y la salud mental está prácticamente ausente en la mayoría de los ayuntamientos pese a su alta prevalencia.

#### *Acciones concretas:*

- Campañas de prevención de obesidad, diabetes y malnutrición, con clínicas integrales, educación comunitaria y jornadas de nutrición.

- Replicación del programa Planet Youth (referente: Guanajuato y Yucatán) para prevención de adicciones en adolescentes.
- Implementación de UNEME CAPAS para prevención primaria de adicciones.
- Creación de Unidades de Crisis en los SMDIF como Subcomités Municipales APCE (Atención a Población en Condiciones de Emergencia), capaces de responder a violencia doméstica, desastres y crisis suicidas.
- Atención obligatoria en salud mental en todos los municipios, principalmente mediante campañas de información y prevención en zonas rurales (referente: IMASAM Aguascalientes, IMPAS Chihuahua).

#### Eje 4 – Tecnología e información para la toma de decisiones

Implementar tableros de monitoreo de indicadores de salud, incorporar telemedicina en centros y casas de salud, y generar convenios con instituciones de investigación para aplicar inteligencia artificial en detección temprana. Esta acción aprovecha una ventana de oportunidad real: plataformas como SINAVE ya existen, la telemedicina ya opera en algunos municipios y hay casos de IA en salud con resultados probados en el país.

#### *Acciones concretas:*

- Implementación de tableros de monitoreo con actualización mensual de al menos 10 indicadores clave (referente: Power BI en CDMX).

- Incorporación de telemedicina en centros y casas de salud con conectividad e infraestructura solar (referente: Puebla, 1,500 Casas de Salud con 70 MDP invertidos).
- Diagnóstico y presentación de al menos 2 proyectos de aplicación tecnológica o IA por administración.
- Convenios con universidades e instituciones de investigación para aplicar IA en detección temprana de cáncer, enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas (referente: IPICYT-SLP).

#### Eje 5 – Alianzas estratégicas para ampliar recursos

Ante el déficit estructural de financiamiento (México al 2.5% del PIB frente al 6% recomendado por la OMS), los municipios deben tejer alianzas con universidades, fundaciones, municipios vecinos y redes de salud para complementar los recursos disponibles. La diversificación de fuentes deja de ser una opción y se convierte en una necesidad.

#### *Acciones concretas:*

- Convenios con universidades y facultades de medicina para becas, residencias y jornadas de atención (meta: al menos 15 convenios anuales).
- Alianzas con fundaciones privadas (ejemplo: Cinépolis con el programa Del Amor Nace la Vista).

- Creación de espacios de salud intermunicipales mediante esquemas de colaboración con municipios vecinos.
- Replicación de 2 experiencias nacionales exitosas por administración municipal.

### Eje 6 – Financiamiento y reforma legislativa

Impulsar un análisis integral de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) mediante foros y mesas de trabajo promovidos por los gobiernos locales, con el propósito de identificar las áreas de oportunidad en materia financiera que pueden impulsar los municipios.

#### *Acciones concretas:*

- Foros y mesas de trabajo con SSA e IMSS–Bienestar para analizar la estrategia APS y sus implicaciones en el financiamiento local.
- Promover reformas orientadas a la creación de fondos directos para la salud municipal y para la atención de enfermedades catastróficas.
- Impulsar desde el Poder Legislativo un incremento sostenido de los recursos públicos destinados a fortalecer la cobertura universal de salud, con especial atención a la población sin afiliación.

## 11.2. Matriz de implementación

La siguiente matriz vincula cada acción con su eje estratégico, el responsable principal, el indicador de éxito y la fuente de financiamiento recomendada.

Eje	Acción principal	Responsable	Indicador de éxito	Financiamiento
1	Unidades móviles y extensión de horarios	Dirección de Salud y SMDIF	70% de detección temprana en comunidades	FAISMUN y recurso propio
	Médico en tu Casa / Salud Casa por Casa	Dirección de Salud y SMDIF	Aumento de población atendida desde el SMDIF	Presupuesto estatal y recurso propio
2	Talleres intersectoriales y comités de salud	Comité Municipal de Salud y Cabildo	5 prioridades definidas por año	FAISMUN y recurso propio
	Redes municipales de salud	ACCM, Comité Municipal y Cabildo	Participación en el 100% de los comités	Recurso propio (mínimo)
3	Campañas de prevención de obesidad y diabetes	Dirección de Salud Municipal y Consejos Ciudadanos	70% de cobertura poblacional en educación para la salud	Convenios SSA
	Unidades de Crisis APCE en SMDIF	Jurisdicción Sanitaria, Dirección de Salud y SMDIF	Disminución de casos de crisis en 35%	FAISMUN, FAIS y recurso propio
	Prevención de adicciones (UNEME CAPAS / Planet Youth)	SMDIF y Comités COMCA	Reducción de prevalencia en 20%	FAIS y recurso propio
4	Tableros de monitoreo digital	Área de Innovación y Dirección de Salud	Actualización mensual de 10 indicadores	Recurso propio
	Telemedicina e IA en detección temprana	Dirección de Salud e instituciones de investigación	Diagnóstico y presentación de 2 proyectos tecnológicos	Recurso propio y convenios
5	Convenios con universidades y fundaciones	Dirección de Salud y Cabildo Municipal	Generación de 15 convenios anuales	Recurso propio (mínimo)
	Replicar experiencias nacionales exitosas	ACCM, Dirección de Salud y Cabild	Implementación de 2 experiencias anuales	FAISMUN, FAIS y recurso propio
6	Foros y mesas APS con SSA e IMSS-Bienestar	Jurisdicción Sanitaria, Dirección de Salud y Comités	Creación de foros y mesas de trabajo multisectorial	Recurso propio
	Control de zoonosis	Jurisdicción Sanitaria y Dirección de Salud	80% de fauna canina y felina esterilizada	Recurso estatal y donativos

## 12. Conclusiones y agenda a futuro

### 12.1. Lo que el diagnóstico revela: una paradoja estructural

El análisis realizado pone de manifiesto que el sistema de salud de México requiere cambios estructurales de fondo. La estructura mixta del sistema ha generado desde sus orígenes fracturas e inequidad en el manejo presupuestario, lo que hace necesario compactar y articular sus diferentes componentes para servir de manera efectiva a toda la población.

Los municipios se encuentran en una posición paradójica: son los responsables primarios de la atención a sus ciudadanos, pero carecen del respaldo económico, los insumos y los espacios adecuados para cumplir esa responsabilidad. El país registra una inversión del 2.5% del PIB en salud, frente al 6% recomendado internacionalmente; 2.7 médicos por cada mil habitantes, frente al 3.9 de la OCDE; y 3.0 enfermeras por cada mil habitantes, frente al 9.2 del promedio internacional. Estas brechas se traducen directamente en municipios que actúan como primeros respondientes sin los recursos para serlo.

A este contexto se suma el recorte presupuestal de 2025, que afectó principalmente a la población sin seguridad social atendida por IMSS-Bienestar, y las perspectivas para 2026, que no recuperan los niveles previos. La consecuencia previsible es el mantenimiento de las brechas de acceso y la dificultad creciente para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud.

## 12.2. Lo que los casos de éxito demuestran: es posible actuar

A pesar de las deficiencias estructurales, México cuenta con casos de éxito que demuestran que la acción municipal puede marcar diferencias reales y concretas aun dentro de un sistema con recursos limitados.

Estados como Estado de México, Puebla, Chihuahua, Mérida y San Luis Potosí han unificado esfuerzos con sus gobiernos estatales para avanzar en la atención primaria en sus territorios. Coacalco demostró que un seguro de salud municipal puede cubrir al 30% de la población sin seguridad social con consultas gratuitas ilimitadas y medicamentos básicos.

Los Cabos y Huixquilucan demostraron que las unidades móviles acercan el servicio donde más se necesita. Aguascalientes demostró que la salud mental puede institucionalizarse a nivel municipal. San Luis Potosí demostró que la IA puede incorporarse éticamente a la detección temprana en el ámbito de la salud pública local.

La diferencia entre los municipios que avanzan y los que no no es solo presupuestal: es también de voluntad política, capacidad de coordinación intersectorial y disposición para replicar modelos probados. La brecha de conocimiento entre lo que se sabe que funciona y lo que se implementa es, en sí misma, uno de los retos más atacables.

### **12.3. La posición de la ACCM y la agenda a futuro**

Desde la ACCM se resalta la importancia de analizar y coadyuvar con los municipios en acciones que impulsen espacios seguros y saludables, tecnificando los procesos del actuar público y tejiendo redes de buenas prácticas entre municipios, con mecanismos de evaluación que permitan documentar avances reales en la atención ciudadana.

*La agenda municipal en salud debe orientarse a:*

- Priorizar las enfermedades crónico-degenerativas (obesidad, diabetes), la salud mental, la seguridad vial, la salud materna y la salud ambiental como núcleos de los Planes de Desarrollo Municipal.
- Incorporar la salud como eje transversal en todos los aspectos del actuar público municipal, no como una función sectorial aislada.
- Planear unidades de atención no solo en las cabeceras municipales, sino también en juntas auxiliares y localidades dispersas, para llegar a más personas.
- Impulsar la tecnología como ancla del futuro en materia de salud municipal, con proyectos concretos, financiados y evaluables.
- Estandarizar y articular las agendas municipales en salud, priorizando diagnósticos regionales que permitan atender de manera concreta las patologías prevalentes en cada territorio.

- Impulsar desde el Poder Legislativo el aumento de recursos públicos para fortalecer la cobertura universal de salud, incluida la población sin afiliación.

Los seis ejes estratégicos propuestos en este documento no son un catálogo de aspiraciones: son un programa de acción con responsables, indicadores y fuentes de financiamiento identificadas. Su implementación requiere voluntad política, coordinación con la jurisdicción sanitaria y el IMSS-Bienestar, y la disposición permanente de los ayuntamientos para asumir con creatividad y en red la responsabilidad que la ciudadanía les delega en materia de salud pública.



PALACIO MUNICIPAL



ciudades  
capitales  
de México

**PROLOCAL**

Experiencias que nos hacen más fuertes

## 13. Bibliografía

Acontecer San Luis. (2025, 7 de diciembre). Fortalecen estado y municipios la agenda de salud pública. <https://acontecersanluis.wordpress.com/>

---

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2024). Gasto para salud en 2025: Recortes en hospitales y para la población sin seguridad social. <https://ciep.mx/>

---

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2025). Salud en el PE 2026. <https://ciep.mx/>

---

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (s. f.). Compendio del derecho a la salud. <https://www.coneval.org.mx/>

---

Equide Ibero. (2025). Propuestas de salud FIESP IBERO. <https://equide.org/>

---

Gobierno de México. (2025). Programa Sectorial de Salud 2025-2030. <https://www.gob.mx/>

---

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s. f.). Derechohabiencia. <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>

---

Instituto Nacional de Salud Pública. (s. f.). Obesidad: principal problema de salud en México. <https://www.insp.mx/>

---

Organización Panamericana de la Salud. (2024). México: Informe anual de país 2024. <https://www.paho.org/>

---

Organización Panamericana de la Salud. (2025). El poder de lo local: Alcaldes y alcaldesas de las Américas se reúnen para liderar políticas. <https://www.paho.org/>

---

Secretaría de Salud. (s. f.). Guía para autoridades municipales. Promoción de la Salud. <http://www.promocion.salud.gob.mx/>

---

*Secretaría de Salud. (s. f.). Lineamientos operativos del Sistema Nacional de Salud Pública. <https://spps.gob.mx/>*

---

*Universidad Veracruzana. (2025). El papel del municipio en el sistema de salud público en México: Alcances y limitaciones legales.*

---

*Scielo. (2025). Artículo de salud pública en México. <https://www.scielo.org.mx/>*

---



ciudades  
capitales  
de México

**PROLOCAL**

Experiencias que nos hacen más fuertes



ciudades  
capitales  
de México

Experiencias que nos hacen más fuertes

**PROLOCAL**