SALUD QUEBRADA

Retos, reformas y resultados del sistema de salud de México



EL COLEGIO DE MÉXICO

Instituto Nacional de Salud Pública

Instituto Nacional de Cancerología

SALUD QUEBRADA

Retos, reformas y resultados del sistema de salud de México

Instituto Nacional de Salud Pública
EL COLEGIO DE MÉXICO
Red de Estudios sobre Desigualdades de El Colegio de México
PREA Programa de Economía Aplicada
REIMAGINAR EL CAPITALISMO
Instituto Nacional de Cancerología

SALUD QUEBRADA

Retos, reformas y resultados del sistema de salud de México

Octavio Gómez Dantés
Edson Serván Mori
Diego Cerecero García
Laura Flamand
Alejandro Mohar Betancourt

Gómez Dantés, Octavio; Serván Mori, Edson; Cerecero García, Diego; Flamand Gómez, Laura; Mohar Betancourt, Alejandro

Salud quebrada. Retos, reformas y resultados del sistema de salud de México / Octavio Gómez Dantés, Edson Serván Mori, Diego Cerecero García, Laura Flamand y Alejandro Mohar Betancourt. – 1ª ed. – Ciudad de México, México: El Colegio de México

[XX] p. : il. Mapas, tablas, gráficas ; [XX] cm.

ISBN: en trámite

1. Salud pública – México – Siglo XXI. 2. Diseño institucional – Aspectos económicos – México. 3. Desigualdad en salud – México

Primera edición, 2026
D.R. © El Colegio de México, A. C.
Carretera Picacho Ajusco núm. 20
Ampliación Fuentes del Pedregal
Delegación Tlalpan
14110, Ciudad de México, México
Impreso en México

El Instituto Nacional de Investigación en Salud y Atención Médica (NIHR) patrocinó este estudio (NIHR 150067) con fondos del Gobierno del Reino Unido destinados a apoyar la investigación en salud global.

Los puntos de vista expresados en este informe son responsabilidad exclusiva de las y los autores y no reflejan necesariamente los de las instituciones a las que pertenecen.

El corazón de la portada está quebrado. Las líneas doradas que lo recorren se inspiran en la tradición japonesa del *kintsugi*: la pieza se repara sin intentar esconder las fracturas, por el contrario, las convierte en trazos más visibles. Hoy, entendemos así el sistema de salud en México: un sistema quebrado.

Este informe recorre sus retos, examina las reformas que lo han marcado y documenta los resultados de esas decisiones en la vida de las personas. El *kintsugi* también enseña que reparar con cuidado y maestría puede resultar en algo mejor: en un sistema que venza los retos que hoy tenemos en México.

Índice

Índice de figuras 11

Presentación 13

Colaboradoras y colaboradores 14

Siglas y acrónimos 15

Salud quebrada: una introducción 19

I. Un sistema subfinanciado 27
Gasto en salud insuficiente y desigual 27
Recursos físicos escasos 32
Personal de la salud descuidado 33
El sistema necesita más recursos y mejores condiciones 36

II. Caída de la cobertura, aumento de los gastos empobrecedores 41
La cobertura de atención a la salud 41
La protección financiera en salud 46

III. Un sistema con graves problemas de salud 53
Deterioro del control de pacientes con diabetes 54
Impacto de la fragmentación en la mortalidad materna 55
Impacto de la fragmentación en el manejo de las pacientes con cáncer de mama 59
Impacto de la fragmentación en las muertes evitables 63
Conclusiones 65

IV. Reformas constantes, resultados desiguales **71**
El sistema de salud en México antes del Seguro Popular (2000-2003) **72**
El Seguro Popular (2003-2015) **74**
Envejecimiento del Seguro Popular (2012-2018) **77**
Una reforma radical: el Insabi y el IMSS*-Bienestar* **79**
¿Y el Servicio Universal de Salud (2026)? **83**

Reparaciones finales. El camino a la cobertura universal en salud **93**

Índice de figuras

Figura 1.1. *Gasto público en salud en México por esquema de aseguramiento, 2000-2025*
Panel A **29**
Panel B **30**

Figura 2.1. *Carencia de aseguramiento a la salud por nivel de rezago social en México, 2000-2024* **42**

Figura 2.2. *Cobertura de salud en México por tipo de aseguramiento autorreportado, 2000-2025* **44**

Figura 2.3. *Gastos excesivos por motivos de salud a nivel nacional y por nivel de rezago social, México 2000-2024*
Porcentaje de hogares **47**

Figura 3.1. *Mortalidad materna general en la población mexicana, 2000-2024*
Panel A **56**
Panel B **57**

Figura 3.2. *Supervivencia global en cáncer de mama en México por etapa clínica al diagnóstico* **60**

Figura 3.3. *Muertes evitables por condición de seguridad social y nivel de rezago social, 2018-2024* **64**

Figura 4.1. *Gastos catastróficos por motivos de salud a nivel nacional y por nivel de rezago social, México 2000-2024.*
Porcentaje de hogares **73**

Figura 4.2. *Distancia a la cobertura universal de aseguramiento en salud en México, 2000, 2018 y 2025* **76**

Presentación

Salud quebrada. Retos, reformas y resultados del sistema de salud de México es el producto de cuatro años de investigación sobre la fragmentación del sistema de salud mexicano. Este informe recorre los retos que enfrenta el sistema, las reformas que lo han transformado a lo largo del siglo XXI y los resultados de esas decisiones en la vida de las personas. Sus objetivos son aportar evidencia al debate público y fortalecer el diseño de políticas públicas en salud.

Esta investigación fue posible gracias al financiamiento del National Institute for Health and Care Research (NIHR) del Reino Unido, que apoyó los cuatro años de investigación del proyecto. Nuestra estrategia de diseminación de los resultados recibió el respaldo de la iniciativa *Reimaginar el capitalismo* del Programa de Economía Aplicada de El Colegio de México. Agradecemos el trabajo del personal académico y administrativo del Instituto Nacional de Salud Pública, de El Colegio de México, del Instituto Nacional de Cancerología y del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Agradecemos también el apoyo del personal de las áreas de Cómputo, Eventos Especiales y la Coordinación de Educación Digital de El Colegio de México, cuyo trabajo hizo posible la gestión, difusión y logística del informe que tienen en sus manos.

Colaboradoras y colaboradores

Investigación
Diego Cerecero García
Laura Flamand
Octavio Gómez Dantés
Ana Paulina González Arroyo
Alejandro Mohar Betancourt
Kristal Pech
Edson Serván Mori

Cuidado editorial
Emiliano Álvarez
Lucía Pi Cholula
Emiliano Ruiz Parra

Diseño editorial
Nieves Dánae

Incidencia y difusión
Mariano de Carli
Walter Doehner
Tania Ochoa
León Ruiz
Victoria Scotto

Gerencia operativa
Dante D. J. Sánchez
Blanca Laura Ortega Román
Esperanza Rojas
Liliana Ordáz Salazar

Siglas y acrónimos

Causes
Catálogo Universal de Servicios de Salud
CIEP
Centro de Investigación Económica y Presupuestaria
CIIPCM
Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID-19 en México
CNPSS
Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Colmex
El Colegio de México
Coneval
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CURP
Clave Única de Registro de Población
CUS
Cobertura universal en salud
DOF
Diario Oficial de la Federación
FPGC
Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
Fucam
Fundación de Cáncer de Mama
IMSS
Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-Bienestar
Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
Incan
Instituto Nacional de Cancerología

Inegi
Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Insabi
Instituto de Salud para el Bienestar
INSP
Instituto Nacional de Salud Pública
ISSFAM
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSSTE
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS
Ley General de Salud
Morena
Movimiento de Regeneración Nacional
NIHR
National Institute for Health and Care Research
OCDE
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS
Organización Mundial de la Salud
Pemex
Petróleos Mexicanos
PIB
Producto Interno Bruto
REPSS
Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
RMM
Razón de muerte materna
Sedena
Secretaría de la Defensa Nacional
SESA
Servicios Estatales de Salud

SNPSS

Sistema Nacional de Protección Social en Salud

SPSS

Sistema de Protección Social en Salud

SUS

Servicio Universal de Salud

INTRODUCCIÓN

Salud quebrada: una introducción

Nuestro sistema de salud se asemeja a un paciente enfermo que ha tomado decisiones que han agravado su condición. Sus síntomas nos interpelan y nos llaman a actuar con prontitud y seriedad, de manera que recupere su capacidad para cumplir su cometido: garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas en México.

Este informe presenta los resultados de distintos estudios sobre uno de los ámbitos más sensibles para la vida del país: el sistema de salud. Es el diagnóstico de un paciente que requiere de intervenciones drásticas porque padece diversas enfermedades crónicas: un presupuesto insuficiente, personal sanitario que trabaja en condiciones de precariedad, desabasto de medicamentos y otros insumos, y una cobertura que deja sin atención a millones de personas, expuestas al riesgo de incurrir en gastos excesivos por recurrir a servicios privados de salud.

México es un país con múltiples retos: un pobre crecimiento económico; el hostigamiento frecuente del vecino del norte; la violencia criminal que, apenas de unos años para acá, ha empezado a ceder en las cifras de homicidios; la herida abierta de las personas desaparecidas y las madres que las buscan. El país ha emprendido en los últimos años reformas de gran calado —como la reforma del Poder Judicial— y ha consagrado en la Constitución el derecho a las pensiones de adultos mayores. Es una agenda compleja que ha encendido múltiples y necesarios debates. En ese contexto, la discusión sobre el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud ha quedado en un segundo plano. Nuestra propuesta es que esa discusión recupere un espacio central en el debate público a propósito de la creación del Servicio Universal de Salud que la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo anunció en abril pasado. En este volumen presentamos un diagnóstico de los principales problemas del sistema público de salud en México. La mayoría no son nuevos ni recientes, sino que se han arrastrado desde hace décadas; otros se han vuelto más complejos en los últimos años. Creemos que este diagnóstico sirve para identificar las principales áreas de oportunidad en el sistema público de salud y, a partir de estas, construir una

agenda de reformas para reparar los fragmentos rotos. Nuestro análisis parte de una reflexión académica basada en la evidencia y tiene como propósito servir de insumo para alentar una discusión urgente. Entendemos al sistema público de salud como un acto de cuidado y de respeto a todas las personas en México; por eso, nos parece imprescindible actuar pronto y con determinación.

Los problemas de este sistema se deben, en buena medida, a su diseño. En 1943 se sentaron sus bases, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud. El IMSS ofrecía servicios integrales de salud a las personas trabajadoras del sector privado que gozaban de una contratación formal. A ellos y a sus familias la ley les garantizó el acceso a servicios de salud.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia atendía al resto: la población sin trabajo registrado. A partir de 1960, la seguridad social se extendió al funcionariado público con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En esa misma década se crearon las instituciones de seguridad social para los trabajadores petroleros y las fuerzas armadas (Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina).

Nuestro sistema de salud público nació, así, fragmentado en dos grandes subsistemas, con financiamientos desiguales y beneficios distintos (Gómez-Dantés *et al.*, 2025). Hoy no solo persiste, sino que se ha agravado la fragmentación: por un lado está el subsistema dirigido a la población que se desempeña en la economía formal y a sus familias: derechohabientes del IMSS, ISSSTE, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y los empleados de la empresa paraestatal Petróleos Mexicanos (Pemex). Este es un subsistema contributivo porque se financia con las cuotas que aportan patrones y trabajadores, y con presupuesto del gobierno mexicano.

El sistema de salud público nació fragmentado en dos grandes subsistemas con financiamientos desiguales y beneficios distintos.

En el otro subsistema están todas aquellas personas en la economía informal o popular: trabajadores por cuenta propia, desempleados o personas con esquemas laborales precarios que no les garantizan seguridad social. De acuerdo con el diseño actual del sistema de salud, estas personas deberían estar cubiertas por el organismo Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

(IMSS-Bienestar) y los Servicios Estatales de Salud (SESA) de ocho estados, cuyas autoridades locales optaron por no afiliarse al IMSS-Bienestar.

La fragmentación está relacionada con otro síntoma grave: las desigualdades. El subsistema de seguridad social ofrece a sus afiliados (alrededor de 63 millones de personas) atención médica integral (Inegi, 2025), lo que incluye servicios de especialidad y alta especialidad. Aunque en los hechos este subsistema no siempre cuente con los recursos para garantizar dichas prestaciones con prontitud y calidad, en la teoría debe proveerlos. En contraste, el IMSS-Bienestar y los SESA solo brindan cobertura ambulatoria y de hospitalización general.

La fragmentación del sistema constituye, según diversos especialistas, su principal problema estructural (Gómez-Dantés *et al.*, 2023). Esta característica explica buena parte de las diferencias en los niveles de financiamiento y los beneficios que ofrecen. Estas diferencias, a su vez, han tenido un impacto enorme en la cobertura de atención, la calidad de los servicios, las condiciones de salud y los niveles de protección financiera de la población del país.

La fragmentación del sistema constituye, según diversos especialistas, su principal problema estructural.

El diagnóstico que se presenta en este informe reúne los resultados de un proyecto de investigación sobre los efectos de la fragmentación en diversos aspectos: el financiamiento de los servicios públicos de salud, la cobertura de atención, y las condiciones de salud y la protección financiera de la población mexicana. El proyecto ha sido encabezado por investigadores e investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), El Colegio de México (Colmex) y el Instituto Nacional de Cancerología (Incan), y forma parte de un proyecto multicéntrico coordinado por investigadores del Imperial College de Londres que lleva por título "Fragmentación del financiamiento en salud y cobertura universal en salud en Brasil, Colombia, India y México", financiado por el *National Institute for Health and Care Research* (NIHR) del Reino Unido. El informe que tienen en sus manos y las actividades de difusión que hemos realizado durante el segundo semestre de 2026 son posibles gracias al generoso apoyo financiero de la iniciativa *Reimaginar el capitalismo* del Programa de Economía Aplicada de El Colegio de México.

El informe está dividido en cuatro capítulos: (i) Un sistema subfinanciado; (ii) Caída de la cobertura, aumento de los gastos empobrecedores; (iii) Un sistema con graves problemas de salud; y (iv) Reformas constantes, resultados desiguales.

El primer capítulo explora un tema central de todo sistema de salud: su financiamiento. El argumento principal es que el gasto público en salud en México es insuficiente y desigual: está muy por debajo del 6 % que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y lo que invierten los países de ingresos medios de América Latina, y ha privilegiado de manera consistente a la población con seguridad social y a los estados con mayores recursos (Serván-Mori, Cerecero-García, Pineda-Antúnez, *et al.*, 2026; World Bank Group, s. f.).

El segundo capítulo explora una de las consecuencias más importantes de la insuficiente y desigual inversión en salud: la baja cobertura de atención (Serván-Mori, Cerecero-García, Meneses-Navarro, *et al.*, 2025). Esta situación ha obligado a muchas personas a recurrir a los servicios privados de salud, lo cual, a su vez, ha producido un incremento sin precedentes de los gastos excesivos por motivos de salud (Cerecero-García, Gómez-Dantés, *et al.*, 2026).

La insuficiencia del gasto público también ha afectado la calidad de los servicios públicos de salud. Esto, aunado a los problemas de cobertura, ha contribuido al deterioro de las condiciones de salud de la población mexicana. Este tema se discute en el tercer capítulo, que analiza los efectos de la fragmentación en el control de los pacientes diabéticos, la mortalidad materna, la sobrevida por cáncer de mama y las muertes evitables (Cerecero-García, Gonçalves, et al., 2026; Serván-Mori, Pineda-Antúnez, *et al.*, 2025).

El cuarto y último capítulo discute las reformas institucionales que se han llevado a cabo en México a lo largo del siglo XXI para alcanzar la cobertura universal en salud, así como los obstáculos que han enfrentado para aliviar los efectos de la fragmentación (Flamand *et al.*, 2026a; Flamand *et al.*, 2026b). Examinamos la creación del Seguro Popular, la del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) y la del IMSS-Bienestar con atención a sus resultados en cobertura y protección financiera. El capítulo revisa la propuesta del Servicio Universal de Salud para concluir que la cobertura universal solo podrá alcanzarse si se establece una estrategia de Estado de largo plazo, sustentada en un pacto nacional que, entre otras cosas, permita incrementar de manera considerable la inversión pública en salud.

Los problemas del sistema de salud mexicano no pueden entenderse como una suma de carencias aisladas ni resolverse mediante intervenciones parciales y de corto plazo.

Los resultados que se presentan en este informe demuestran, en resumen, que los problemas del sistema de salud mexicano no pueden entenderse como una suma de carencias aisladas ni resolverse mediante intervenciones parciales y de corto plazo. El bajo financiamiento, las desigualdades en la asignación de recursos, las brechas de cobertura y los problemas de calidad forman parte de un mismo entramado que limita la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población y garantizar el derecho a la protección de la salud. Modificar esta situación exige, por tanto, algo más que controlar sus síntomas: requiere transformar las bases sobre las que se ha construido y desarrollado. El reto es de gran magnitud, pero también lo es la oportunidad de edificar un sistema más integrado, equitativo y capaz de ofrecer a toda la población una protección efectiva frente a la enfermedad y sus consecuencias económicas.

Referencias

Cerecero-García, D., Gómez-Dantés, O., Hone, T., Pineda-Antúnez, C., Mohar-Betancourt, A., Flamand, L. y Serván-Mori, E. (2026). Catastrophic and Impoverishing Health Expenditures in Fragmented Public Health Systems: Lessons From Mexico, 2000-2022. *Health Economics Review*, *16*(22), 1-17. https://doi.org/10.1186/s13561-026-00717-z

Cerecero-García, D., Gonçalves, J., Serván-Mori, E., Flamand, L., Gómez-Dantés, O., Millett, C. y Hone, T. (2026). *The Dismantlement of Seguro Popular: A Major Challenge for Improving Effectiveness, Efficiency, Equity, and Choice Within Health Systems* [Manuscrito enviado para publicación].

Flamand, L., et al. (2026a). *AMLO and His Health Reform Towards UHC: Why is Political Will Not enough to Alleviate Fragmentation* [Manuscrito inédito].

Flamand, L., et al. (2026b). *The Same Party, But Different Strategies. Health System Planning in the First Year of the AMLO (2019) and Sheinbaum (2025) Governments* [Manuscrito inédito].

Gómez-Dantés, O., Flamand, L., Cerecero-García, D., Morales-Vázquez, M. y Serván-Mori, E. (2023). Origin, Impacts, and Potential Solutions to the Fragmentation of the Mexican Health System: A Consultation With Key Actors. *Health Research Policy and Systems*, *21*(80). https://doi.org/10.1186/s12961-023-01025-2

Gómez-Dantés, O., Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Flamand, L. y Mohar, A. (2025). Mexico's Health System, 2023. *Salud Pública de México*, *67* (1), 91-105. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15802/12652

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). P*obreza multidimensional 2024* (Presentación de resultados). https://www.inegi.org.mx/contenidos/desarrollosocial/pm/doc/pm_presentacion_2024.pdf

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Meneses-Navarro, S., Hone, T., Mohar-Betancourt, A. y Gómez-Dantés, O. (2025). Health Insurance Coverage in Mexico: Progress, Inequalities and Remaining Challenges Towards UHC2030. *Health Research Policy and Systems*, *23*(145). https://doi.org/10.1186/s12961-025-01405-w

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Pineda-Antúnez, C., Jan, S., Hone, T., Flamand, L. y Mohar-Betancourt, A. (2026). Health Financing Inequality in Fragmented Health Systems: Evidence from Mexico, 2000-2023. *International Journal for Equity in Health*, *25*(36). https://doi.org/10.1186/s12939-025-02735-5

Serván-Mori, E., Pineda-Antúnez, C., Cerecero-García, D., Flamand, L., Mohar-Betancourt, A., Millett, C., Hone, T., Moreno-Serra, R. y Gómez-Dantés, O. (2025). Health System Financing Fragmentation and Maternal Mortality Transition in Mexico, 2000-2022. *International Journal for Equity in Health*, *24*(32). https://doi.org/10.1186/s12939-024-02357-3

World Bank Group. (s. f.). *World Development Indicators: Health Systems*. Recuperado el 30 de septiembre de 2026, de https://wdi.worldbank.org/table/2.12

Un sistema subfinanciado

A pesar de la implantación de diversas reformas en los últimos 25 años, el sistema de salud mexicano sigue recibiendo muchos menos recursos de los que necesita para garantizar su cometido. Además, ha privilegiado de manera consistente a la población con seguridad social y a los estados que de por sí cuentan con mayores recursos. La baja inversión ha limitado la expansión de la infraestructura y el equipamiento de las unidades de salud, pero, sobre todo, ha tenido consecuencias funestas sobre las condiciones laborales de las y los trabajadores de la salud.

Gasto en salud insuficiente y desigual

México gasta poco en salud y lo hace de manera desigual. Este financiamiento insuficiente afecta tanto a la población como al personal que trabaja en el sector: millones de personas en el país carecen de cobertura sanitaria, mientras que trabajadoras y trabajadores de la salud perciben ingresos menores que sus pares de los países de la OCDE y muy inferiores a los de algunos países de América Latina, como Chile y Costa Rica (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2025).

México destina el 5.5 % de su Producto Interno Bruto (PIB) a la salud, una proporción inferior a la de otros países de ingresos medios y altos de la región, como Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica, cuyo gasto asciende al 10.2 %, el 9.7 %, el 10.5 %, el 8.1 % y el 6.8 %, respectivamente (Banco Mundial, s. f.).

Entre 2000 y 2009, el país registró un incremento discreto, pero sostenido, del gasto total en salud, que pasó del 4.2 % al 5.8 % del PIB (World Bank Group, s. f.). Sin embargo, a partir de ese año, el gasto prácticamente se estancó y en 2023 se situó en un 5.5 %.

La situación resulta aún más preocupante si se considera el gasto público en salud, es decir, los recursos que el gobierno destina a este sector. En México, este representa

apenas el 2.8 % del PIB, muy por debajo de la recomendación del 6 % de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y también inferior a lo que destinan otros países de la región, como Argentina (5.9 %), Colombia (5.7 %), Chile (5.3 %), Costa Rica (4.6 %) y Brasil (4.4 %) (OCDE, 2025).

Aunque en general se observa que, en términos nominales, de 2000 a 2025, el gasto público en salud de nuestro país aumentó, en términos reales, los cambios han sido heterogéneos (Figura 1.1, panel A). Hasta 2012, el gasto ascendió hasta sobrepasar los 582 mil millones de pesos; sin embargo, en los siguientes años y hasta antes de la pandemia, cambió muy poco; en 2020, la emergencia sanitaria hizo necesario aumentar los recursos. Esta tendencia en aumento se mantuvo hasta 2025, aunque sigue siendo insuficiente.

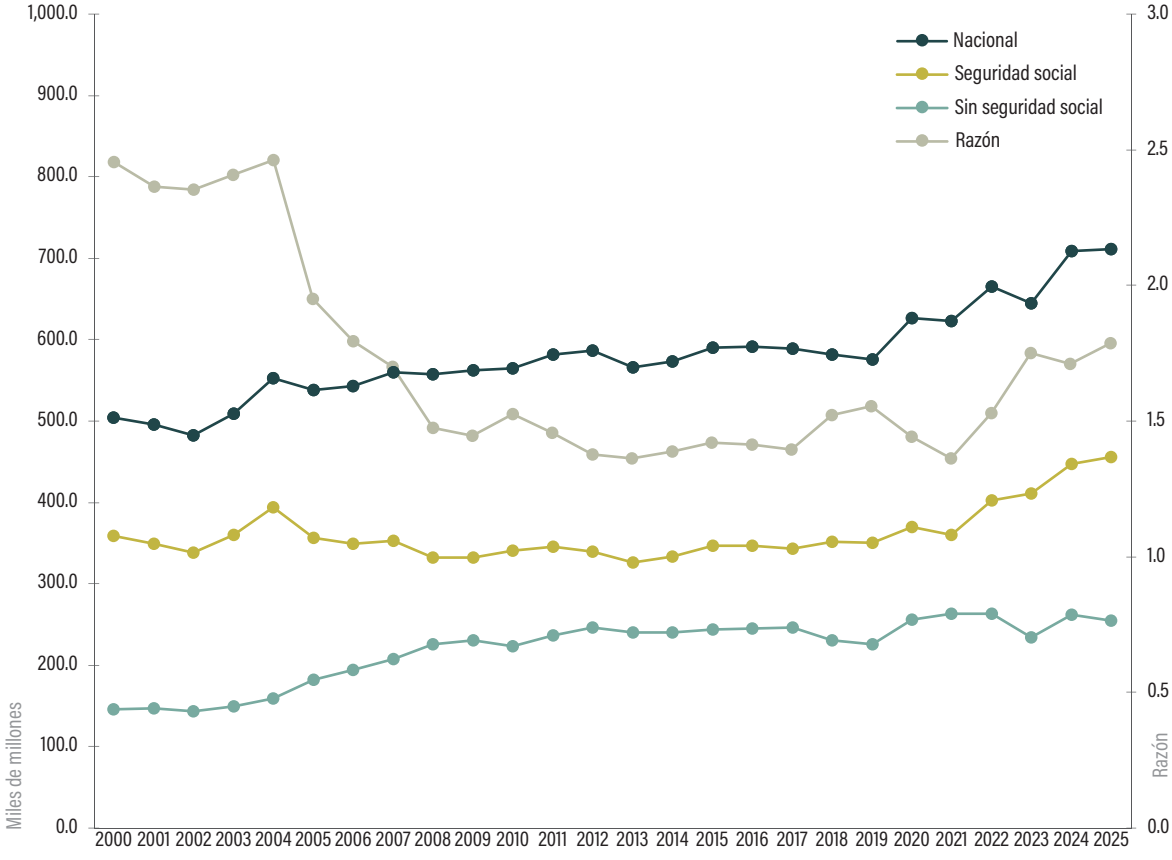
Además de insuficiente, el gasto es desigual. Históricamente ha favorecido a la población con seguridad social; es decir, a las personas derechohabientes del IMSS, ISSSTE y otros sistemas contributivos, como Pemex, Defensa y Secretaría de Marina. En 2000, el gasto per cápita de las y los derechohabientes de los sistemas contributivos era de 8384 pesos frente a 2672 pesos de las personas sin afiliación a la seguridad social. Esta brecha se ha revertido levemente: en 2025, se destinaban 5258 pesos a cada persona con seguridad social, frente a los 5664 pesos a quienes carecían de ella (Figura 1.1, panel B).

México reconoce el derecho constitucional a la protección de la salud desde 1983. Sin embargo, en la práctica, el ejercicio de este derecho ha estado limitado por la condición laboral de las personas. Las personas trabajadoras del sector formal de la economía tienen derecho —según el lugar donde trabajen— a los servicios del IMSS, ISSSTE, Pemex y de las secretarías de Defensa y Marina. Estas tienen acceso a atención médica integral —incluyendo servicios de especialidad y alta especialidad— de una calidad razonable y con altos niveles de protección financiera. A la cobertura que se les proporciona se le conoce como aseguramiento contributivo, porque se financia con las aportaciones que se descuentan de los salarios, cuotas patronales, además de una aportación del gobierno federal (Serván-Mori *et al.*, 2023).

El gasto público en salud es insuficiente y desigual. Históricamente ha favorecido a las personas derechohabientes del IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa y Marina, es decir, a quienes tienen seguridad social.

Figura 1.1. Gasto público en salud en México por esquema de aseguramiento, 2000-2025

Panel A. Gasto público en salud total



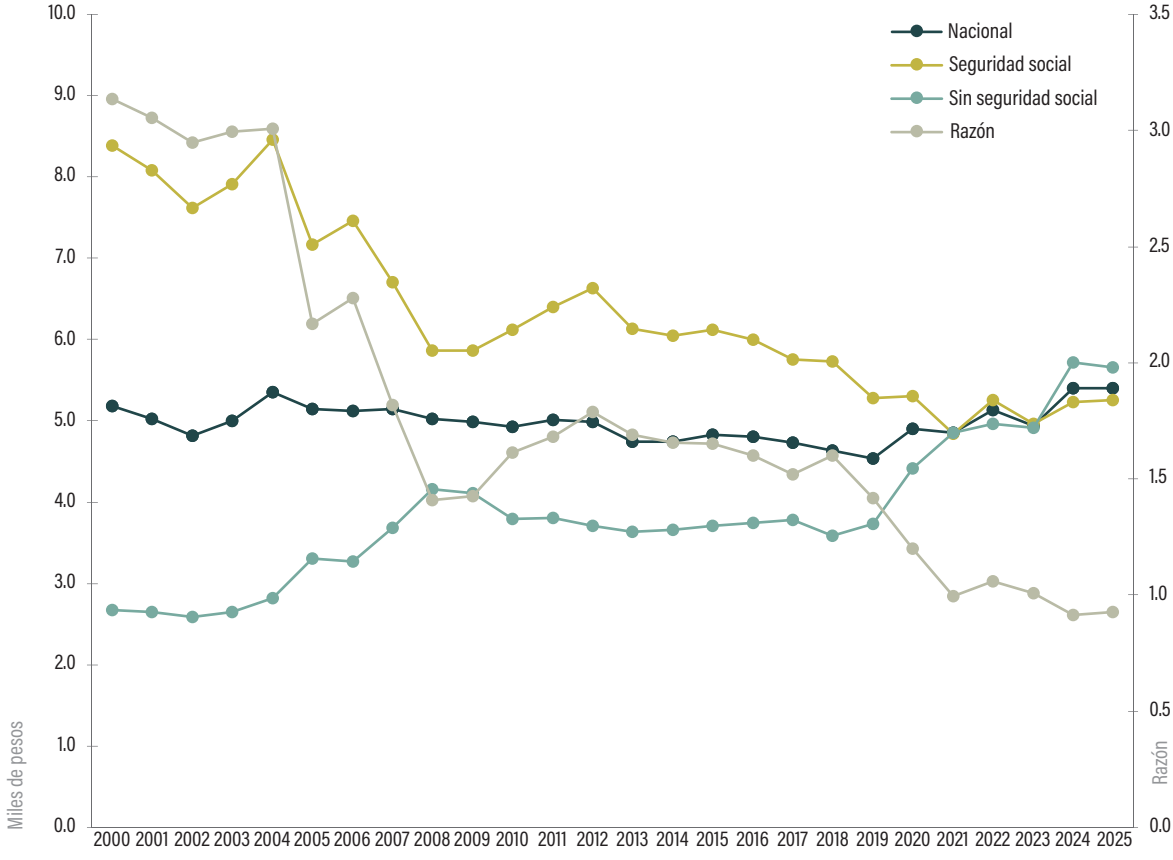
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nacional	504	496	482	509	553	538	543	560	558	563	565	582	586	566	573	590	592	589	582	576	627	623	665	645	709	711
Seguridad social	358	349	338	360	393	356	349	353	333	333	341	345	340	326	333	346	347	343	351	351	370	360	402	411	447	456
Sin seguridad social	146	147	144	149	160	182	194	207	225	230	223	237	246	240	240	243	245	246	231	225	256	264	263	234	261	255
Razón	2.5	2.4	2.4	2.4	2.5	2.0	1.8	1.7	1.5	1.4	1.5	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.6	1.4	1.4	1.5	1.8	1.7	1.8

Gasto público en salud total, en miles de millones de pesos constantes de 2018. La razón es el cociente entre el gasto de la población con seguridad social y el de la población sin seguridad social.

Fuente: Traducción propia de la figura 2 del artículo Serván-Mori E, Cerecero-García D, Pineda-Antúnez C, Jan S, Hone T, Flamand L, Mohar-Betancourt A, Mendoza MÁ, Méndez J, Garcia-Diaz R, Gómez-Dantés O. Health financing inequality in fragmented health systems: evidence from Mexico, 2000-2023. Int J Equity Health. 2026 Jan 14;25(1):36. Se reporta el gasto público en salud ejercido durante el año fiscal correspondiente a precios constantes de 2018. Razón: Seguridad Social / No Seguridad Social. El gasto público en salud corresponde a los recursos públicos federales y estatales destinados a la salud. La población con seguridad social es la afiliada a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar); la población sin seguridad social es la que atienden la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud (Seguro Popular, Insabi o IMSS-Bienestar). El gasto por persona es el gasto de cada grupo dividido entre su población. En ambos paneles, la razón es el cociente entre el gasto de la población con seguridad social y el de la población sin seguridad social.

Figura 1.1. Gasto público en salud en México por esquema de aseguramiento, 2000-2025

Panel B. Gasto público en salud por persona



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nacional	5.2	5.0	4.8	5.0	5.4	5.1	5.1	5.1	5.0	5.0	4.9	5.0	5.0	4.7	4.7	4.8	4.8	4.7	4.6	4.5	4.9	4.8	5.1	4.9	5.4	5.4
Seguridad social	8.4	8.1	7.6	7.9	8.5	7.2	7.5	6.7	5.9	5.9	6.1	6.4	6.6	6.1	6.1	6.1	6.0	5.8	5.7	5.3	5.3	4.8	5.3	5.0	5.2	5.3
Sin seguridad social	2.7	2.6	2.6	2.6	2.8	3.3	3.3	3.7	4.2	4.1	3.8	3.8	3.7	3.6	3.7	3.7	3.7	3.8	3.6	3.7	4.4	4.9	5.0	4.9	5.7	5.7
Razón	3.1	3.1	2.9	3.0	3.0	2.2	2.3	1.8	1.4	1.4	1.6	1.7	1.8	1.7	1.7	1.7	1.6	1.5	1.6	1.4	1.2	1.0	1.1	1.0	0.9	0.9

Gasto público en salud por persona, en miles de pesos constantes de 2018. Se calcula dividiendo el gasto de cada grupo entre su población. La razón es el cociente entre el gasto por persona de la población con seguridad social y el de la población sin seguridad social.

La población no asegurada (población en la economía informal, personas trabajadoras por cuenta propia y desempleadas), en contraste, solo recibe servicios ambulatorios y de hospitalización general de una calidad cuestionable y con bajos niveles de protección financiera en el IMSS-Bienestar y los Servicios Estatales de Salud (SESA) de ocho estados. A esta cobertura se le conoce como aseguramiento no contributivo, porque se financia totalmente con recursos presupuestales públicos.

NO TENGO DERECHO A ENFERMARME

"No tengo derecho a enfermarme". Esta frase, triste y demoledora, define la situación de millones de personas en México, que no pueden darse el lujo de dejar de trabajar. Son aquellas que venden productos en la calle o en el metro. Tianguistas, artesanas, voceadoras de periódicos, con una característica en común: carecen de seguridad social y viven de los ingresos que generan cada día. En un estudio que comprendió 42 entrevistas con trabajadores y trabajadoras en sectores informales, se repetían frases como "para nosotros, el médico es un lujo"; "este tipo de enfermedades son para los ricos". Ellas y ellos van a posponer el tratamiento hasta que el dolor o la enfermedad les impida trabajar. Esta situación es aún más pesada para las mujeres, que asumen más responsabilidades de crianza y cuidados (Flamand *et al.*, 2025).

Si acaso deciden atenderse, acudirán primero a consultorios privados o adyacentes a farmacias para evitar las filas del sistema de salud. Pero si el problema es grave, la lógica se invierte por completo: el hospital privado se vuelve inaccesible, pues los costos podrían llevar a la ruina a su familia. Por ello, recurren a dos vías desesperadas: pagar una inscripción voluntaria a la seguridad social o acudir directamente a las salas de urgencias de clínicas u hospitales públicos, con la esperanza de encontrar algún lugar y los insumos necesarios.

En ocasiones, los indicadores revelan caídas en el gasto de bolsillo de las personas. Aparentemente, esta sería una buena noticia: tendemos a pensar que la gente gasta menos porque el gobierno invierte más en salud. Sin embargo, no siempre es así. Muchas veces la población gasta menos no porque esté protegida, sino porque ha renunciado por completo a atenderse, lo que se conoce como "atención pospuesta" (*forgone care*) o "privación de atención médica" en la literatura académica (Serván-Mori *et al.*, 2023).

El sistema de salud se creó con la idea de que, con el tiempo, todas y todos formaríamos parte de la economía formal y accederíamos a los servicios de salud que ofrecen las

instituciones de seguridad social, lo que garantizaría el ejercicio efectivo e igualitario del derecho a la protección de la salud. Lamentablemente, esto no sucedió ni parece que suceda en el futuro próximo. En la actualidad, casi seis de cada diez personas trabajadoras se desempeñan en condiciones de informalidad (Inegi, 2026). Queda claro que los sistemas contributivos vinculados al empleo no son la vía para garantizar el acceso universal a servicios integrales de salud que combinen alta calidad con protección financiera.

Recursos físicos escasos

Las consecuencias del bajo gasto se hacen visibles en la disponibilidad de recursos físicos del sistema de salud. México cuenta con casi 130 mil camas, lo que equivale a 1.1 camas por cada mil habitantes (Gómez-Dantés et al., 2025; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, s. f.). Una vez más, el país se encuentra muy por debajo del promedio regional: en las Américas hay 2.4 camas por cada mil habitantes. La distancia es todavía mayor respecto de la OCDE, cuyos países cuentan, en promedio, con 4.3 camas por cada mil habitantes. La escasez de camas se traduce en mayores tiempos de espera para una cirugía y en largas horas, e incluso días, de permanecer en una silla o en el suelo antes de que se desocupe un lugar en los servicios.

La situación se agrava cuando se requieren estudios que utilizan equipos de alta tecnología. México dispone de 7.2 escáneres de tomografía, 2.9 unidades de resonancia magnética y 1.7 unidades de radioterapia por cada millón de habitantes. Esto ubica a nuestro país entre los promedios más bajos de los países de la OCDE junto con Costa Rica y Colombia (OCDE, 2025).

En materia de medicamentos, México destina el 17.6 % de su gasto total en salud a la compra de estos productos, una proporción ligeramente superior al promedio de los países de la OCDE (15 %) (OCDE, 2024). Tres cuartas partes de ese gasto son principalmente gastos de bolsillo (Vargas *et al.*, 2022). México presenta, de hecho, uno de los gastos de bolsillo en medicamentos más altos de la región latinoamericana. Esto sugiere que las dificultades de abasto en el sector público obligan a millones de personas a recurrir a las farmacias privadas. En suma, en un sistema con un gasto en salud bajo, los medicamentos absorben una proporción relativamente alta y una parte considerable de ese gasto recae directamente en los bolsillos de la población.

Personal de la salud descuidado

El recurso más importante de cualquier sistema de salud es su capital humano. Médicas, médicos y personal de enfermería —por mencionar las dos profesiones más reconocibles del sistema— tienen la responsabilidad de atender a la población; en sus manos recae buena parte de la salud física y mental de las y los mexicanos. Sin embargo, México está lejos de ofrecerles condiciones laborales y niveles de remuneración comparables con los de otros países de América Latina.

En México hay 2.5 médicos por cada mil habitantes. Esta cifra está apenas por encima del promedio de 2.4 de América Latina y el Caribe, pero muy por debajo del 3.7 de los países de la OCDE (Gómez-Dantés *et al.*, 2025).

En enfermería, la situación es aún más preocupante: México cuenta con 2.9 enfermeros y enfermeras por cada mil habitantes, mientras que el promedio de la OCDE es de 9.2. Es decir, nuestro país dispone de una tercera parte del personal de enfermería de los países de esta organización (Gómez-Dantés *et al.*, 2025).

Entre 2005 y 2022, la proporción de personal médico en condiciones de precariedad pasó del 59 al 76 %. Es decir, en 2022, tres de cada cuatro personas médicas trabajaban sin protecciones laborales.

La precariedad se ha convertido en una enfermedad crónica de quienes nos atienden en el sistema de salud. La precariedad laboral se refiere a la presencia de una o más de las siguientes condiciones: carecer de un contrato escrito, percibir menos de dos salarios mínimos, trabajar jornadas parciales o excesivas (de menos de 35 o más de 48 horas semanales) y no contar con prestaciones o carecer de seguridad social. Entre 2005 y 2022, la proporción de médicos en condiciones de precariedad aumentó un 29 %, al pasar del 58.7 % al 75.5 %. Es decir, tres de cada cuatro integrantes del personal médico en el país trabajan desprotegidos. La situación de la enfermería no es menos alarmante: la precariedad aumentó un 37 %, al pasar del 49.0 % en 2005 al 67.3 % en 2022 (Nigenda *et al.*, 2025; Serván-Mori y Nigenda, 2024).

Históricamente, las formas más frecuentes de precarización laboral se encontraban en el sector privado. En los últimos años, sin embargo, el sector público también ha recurrido cada vez más a esquemas de flexibilización y a la contratación temporal para reducir costos. Durante la pandemia de covid-19, el gobierno federal realizó contrataciones masivas de emergencia. Se graduó de forma prematura a estudiantes

en su último año de carrera y se incorporó a miles de egresados con promesas de salarios competitivos, pero bajo esquemas temporales y sin algunas de las prestaciones laborales esenciales. El precio de la improvisación fue alto: de acuerdo con la Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de covid-19 en México, el país registró una de las tasas de mortalidad del personal de salud más altas del planeta (CIIPCM, 2024).

La precarización laboral también tiene un marcado componente de género (Flamand, 2024). Las médicas registran tasas de empleo menores que sus pares varones (del 68.2 % frente al 77 %). Además, el 14.5 % de ellas se dedican al trabajo doméstico y de cuidados de tiempo completo, frente a apenas el 5.3 % de los médicos hombres. Y cuando logran incorporarse al mercado laboral privado, las condiciones que enfrentan pueden ser particularmente desfavorables: el 49.9 % de las médicas perciben ingresos inferiores a dos salarios mínimos, frente al 10.9 % de sus colegas varones. Asimismo, uno de cada cinco médicos hombres trabaja jornadas parciales o excesivas, mientras que esta situación afecta a dos terceras partes de las doctoras.

LOS HÉROES DESEMPLEADOS

Durante dos semanas, 40 mujeres y hombres —uno de ellos condecorado como héroe— se plantaron en un campamento en el Zócalo, en el corazón de la Ciudad de México. No pedían mucho: solo seguir trabajando. Era junio de 2021. Apenas un mes antes, habían luchado en uno de los frentes donde se combatió la pandemia de covid-19. Eran personal médico y de enfermería en Juchitán, Oaxaca. El hospital en el que laboraban retrataba, por sí solo, la fragmentación del sistema de salud mexicano y la falta de políticas públicas de largo plazo.

En 2015, las comunidades afectadas por los parques eólicos en el Istmo de Tehuantepec condicionaron la instalación de más aerogeneradores a la construcción de un hospital regional. El gobierno de Oaxaca prometió hacerlo en 2016, pero incumplió. Un año después, el Seguro Popular transfirió 43 millones,

pero el gobierno del estado, tras un año de retrasos, simplemente devolvió el dinero sin haber puesto un solo ladrillo.

Luego vendría el sismo del 7 de septiembre de 2017. Grupo México —propietaria del parque eólico El Retiro— aportó, en 2018, 178 millones para la obra; el gobierno estatal donó el terreno. La operación estaría a cargo de la Secretaría de Salud estatal. Sin embargo, dos años después, y en plena pandemia de covid-19, el hospital aún no estaba listo: le faltaba el equipo médico que debía aportar el gobierno del estado.

Hasta el 15 de junio de 2020 entró en operación un área menor del nosocomio, que se bautizó como Hospital número 25 del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), y quedó a cargo de la Secretaría de la Defensa Nacional, es decir, del ejército mexicano. Contrataron médicos y enfermeros de forma eventual y les prometieron que les darían una base al terminar la contingencia. Pero poco después, el 26 de mayo de 2021, cuando el hospital no tenía ni un año de operación, los echaron a la calle. El edificio quedó como un elefante blanco. Hoy se ha reabierto y está a cargo del IMSS-Bienestar.

Durante dos semanas, cuarenta enfermeros, médicas y otros trabajadores del hospital se manifestaron todos los días a las seis de la mañana, cuando iniciaba la conferencia matutina del presidente Andrés Manuel López Obrador. Entre ellos estaba el enfermero Julio César Villalobos, que recibió del gobierno de Oaxaca la medalla Miguel Hidalgo en grado cruz por su desempeño durante la pandemia. Entrevistados por la periodista Dulce Soto (*Corriente Alterna*), los desempleados contaban lo que había sido trabajar en el covitario: "Ahí pasaban más de ocho horas con overoles plastificados para prevenir los contagios mientras ayudaban a los enfermos. No podían ir al baño hasta terminar su turno. Se deshidrataban por el calor que generan esos trajes." Las enfermeras Laureana y Fabiola, incluso, sufrieron pielonefritis, una infección urinaria que afecta los riñones por permanecer tantas horas sin ir al baño.
Su consigna: "Ayer éramos héroes, hoy somos desempleados".

———

Fuente: Soto (2021)

El sistema necesita más recursos y mejores condiciones

El problema del sistema mexicano de salud no es únicamente la cantidad de recursos disponibles, sino también la forma en que se distribuyen y las condiciones en que se utilizan. Un gasto insuficiente y desigual se traduce en menos infraestructura, menor disponibilidad de tecnología, dificultades para garantizar el abasto de medicamentos y una fuerza laboral sin las protecciones suficientes.

El resultado es un círculo difícil de romper: la falta de inversión limita la capacidad del sistema para ampliar su oferta de servicios y mejorar su calidad; la escasez de recursos humanos y materiales aumenta la presión sobre las y los trabajadores, y la precariedad laboral dificulta atraer, retener y desarrollar al personal que el sistema necesita. Al mismo tiempo, cuando los medicamentos y otros insumos no están disponibles en las instituciones públicas, una parte creciente del costo de la atención se desplaza hacia las personas.

Superar este problema exige algo más que reorganizar instituciones o modificar las reglas de acceso. Requiere aumentar de manera sostenida el financiamiento público y reducir las desigualdades en la asignación de recursos para así fortalecer la infraestructura, el equipamiento y el abasto de medicamentos, y mejorar las condiciones laborales del personal sanitario. Sin estos elementos, cualquier reforma corre el riesgo de modificar la arquitectura institucional sin resolver las restricciones materiales que determinan, en buena medida, la capacidad real del sistema para garantizar el derecho a la protección de la salud.

Referencias

Banco Mundial. (s. f.). *Current Health Expenditure (% of GDP)* [Conjunto de datos]. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS

Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID-19 en México. (2024). *Aprender para no repetir: Informe de la Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID-19 en México*. https://www.comisioncovid.mx

Flamand, L. (2024). Trabajo en el sector salud: empleo precario y desigualdades de género. *Revista de la Universidad de México*. Dossier.

Flamand, L., Dolutskaya, S., Gómez-Dantés, O. y Cerecero-García, D. (2025). *Health-Seeking Behavior and Barriers to Care in the Fragmented Health System of Mexico City: A Qualitative Study of Informal Workers* (2021-2022) [Manuscrito en preparación].

Gómez-Dantés, O., Serván-Mori, E., Cerecero, D., Flamand, L. y Mohar, A. (2025). Mexico's Health System, 2023. *Salud Pública de México, 67*, 91-105. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15802/12652

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026, 25 de septiembre). Indicadores de ocupación y empleo (Boletín de indicador 606/26) [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2026/iooe/IOE2026_09.pdf

Nigenda, G., Serván-Mori, E., Aristizabal, P., Zárate-Grajales, R. A., Fajardo-Dolci, G. y Lozano, R. (2025). Labour Precariousness in the Mexican Health Workforce: Taking to The Surface a Neglected Problematic Issue. *Human Resources for Health, 23*, Artículo 26. https://doi.org/10.1186/s12960-025-00975-8

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Banco Mundial. (2023). *Health at a Glance: Latin America and The Caribbean 2023*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_532b0e2d-en.html

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (s. f.). *Hospital beds by function of healthcare: Mexico (2021-2024)* [Conjunto de datos]. OECD Data Explorer.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2024). *Pharmaceutical Spending* [Conjunto de datos]. https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2025). *Health at a Glance 2025*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Pineda-Antúnez, C., Jan, S., Hone, T. Flamand, L., Mohar-Betancourt, A., Mendoza, M., Méndez J., Garcia-Diaz, R. y Gómez-Dantés, O. (2026). Health Financing Inequality in Fragmented Health Systems: Evidence From Mexico, 2000-2023. *International Journal for Equity in Health, 25*, Artículo 36. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02735-5

Serván-Mori, E., Gómez-Dantés, O., Contreras-Loya, D., Flamand, L., Cerecero-García, D., Arreola-Ornelas, H. y Knaul, F. M. (2023). Increase of Catastrophic and Impoverishing Health Expenditures in Mexico Associated to Policy Changes and the Covid-19 Pandemic. *Journal of Global Health, 13*, Artículo 04071. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37133247/

Serván-Mori, E. y Nigenda, G. (2024, 16 de agosto). La precariedad laboral: el elefante no visibilizado en el sistema de salud mexicano. *Nexos*. https://redaccion.nexos.com.mx/la-precariedad-laboral-el-elefante-no-visibilizado-en-el-sistema-de-salud-mexicano

Soto, D. (2021, 8 de julio). "De heroínas a desempleadas: el abandono del personal de salud". *Corriente Alterna-UNAM*. Unidad de Investigaciones Periodísticas de la UNAM.

Vargas, V., Rama, M. y Singh, R. (2022). *Pharmaceuticals in Latin America and The Caribbean: Players, Access, and Innovation Across Diverse Models*. Banco Mundial. https://documents1.worldbank.org/curated/en/766131641877985994/pdf/Pharmaceuticals-in-Latin-America-and-the-Caribbean-Players-Access-and-Innovation-Across-Diverse-Models.pdf

World Bank Group. (s. f.). *World Development Indicators: Health Systems*. Recuperado el 30 de septiembre de 2026, de https://wdi.worldbank.org/table/2.12

II.

Caída de la cobertura, aumento de los gastos empobrecedores

En 2024, en México había 44.5 millones de personas sin acceso a servicios de salud y 5.7 millones de hogares que incurrieron en gastos excesivos por motivos de salud, que incluyen gastos catastróficos —aquellos que superan el 30 % de la capacidad de pago de un hogar— y gastos empobrecedores —los que empujan a un hogar por debajo de la línea de pobreza— (Inegi, 2025; Serván-Mori y Gómez-Dantés, 2026). Pocos indicadores muestran con tanta contundencia la difícil situación por la que atraviesa el sistema de salud. En este capítulo, presentamos los hallazgos más sobresalientes de dos artículos que elaboramos para estudiar con detalle la evolución de la cobertura y de la protección financiera en el primer cuarto del siglo XXI (Serván-Mori *et al.*, 2025; Serván-Mori *et al.*, 2026).

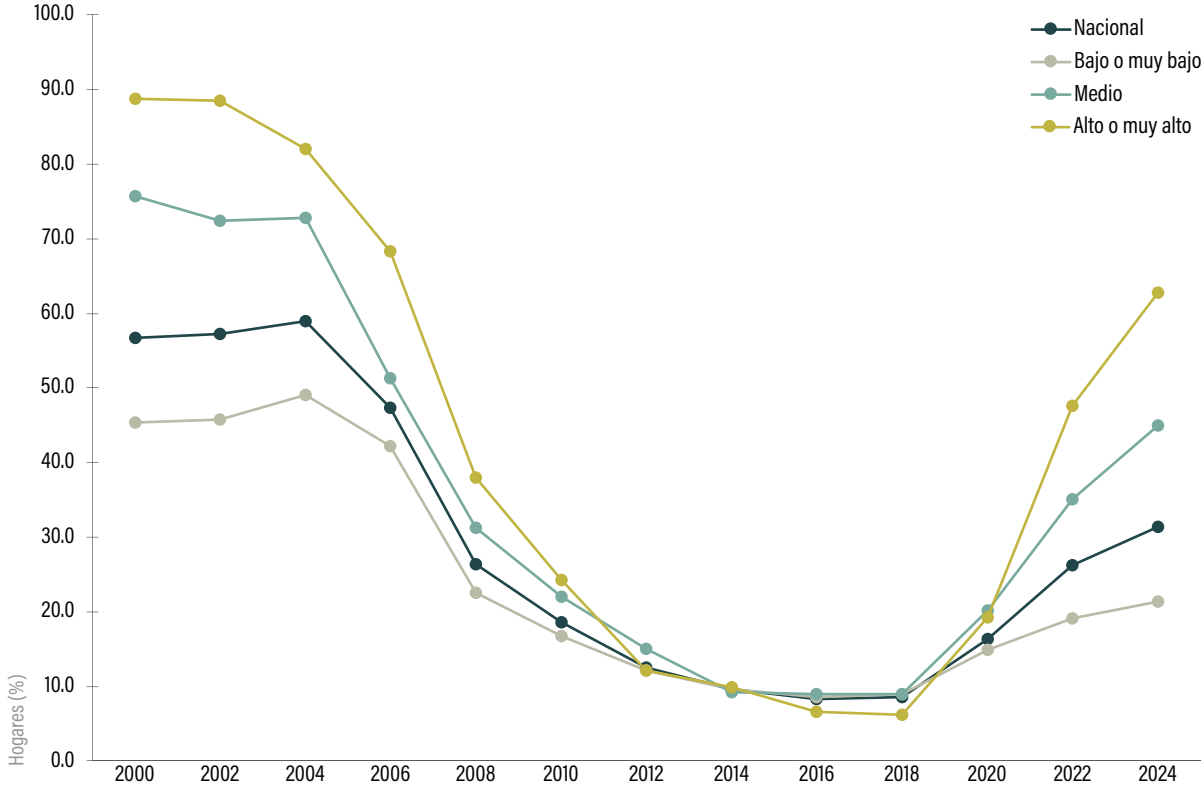
Analizamos dos etapas de la evolución de la cobertura de atención y de la protección financiera en México durante los últimos 24 años. Son dos historias contrastantes. La primera abarca el periodo 2000-2016, caracterizado por una importante ampliación de la cobertura de atención que contribuyó a reducir de manera considerable la incidencia de gastos excesivos por motivos de salud, sobre todo en los municipios más pobres del país. La segunda corresponde al periodo 2016-2024. Durante esos años, la cobertura de atención se desplomó y los gastos excesivos por motivos de salud aumentaron hasta alcanzar niveles que México no había registrado desde principios de siglo. El deterioro afectó, sobre todo, a los hogares de los municipios con mayor rezago social.

La cobertura de atención a la salud

La evolución reciente del sistema mexicano de salud puede contarse como una secuencia de dos procesos estrechamente relacionados: primero, la expansión y posterior contracción de la cobertura de atención; después, la mejora y subsiguiente deterioro de la protección financiera de los hogares.

Como se muestra en la Figura 2.1, entre 2004 y 2016, México experimentó una importante expansión del aseguramiento en salud. La proporción de hogares sin aseguramiento disminuyó del 58.9 % en 2004 al 8.3 % en 2016. Este cambio coincidió con la expansión del Seguro Popular que extendió la protección formal a millones de personas que no contaban con seguridad social.

Figura 2.1. Carencia de aseguramiento a la salud por nivel de rezago social en México, 2000-2024



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Nacional	56.7	57.2	58.9	47.3	26.4	18.6	12.5	9.6	8.3	8.5	16.3	26.2	31.4
Bajo o muy bajo	45.4	45.8	49.0	42.2	22.5	16.7	12.1	9.6	8.6	9.0	14.9	19.1	21.3
Medio	75.8	72.4	72.8	51.3	31.2	22.1	15.1	9.2	8.9	9.0	20.2	35.1	44.9
Alto o muy alto	88.7	88.5	82.0	68.3	37.9	24.2	12.1	9.9	6.6	6.2	19.2	47.6	62.7

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2000-2024. Se reporta el porcentaje de hogares mexicanos sin aseguramiento a la salud de acuerdo con el nivel de rezago social de los municipios de residencia en 2000. La carencia de aseguramiento a la salud se refiere a las personas que no están afiliadas a ninguna institución pública ni privada de servicios de salud. El rezago social se mide con el Índice de Rezago Social que desarrolló el Coneval. El índice resume las carencias en educación, acceso a servicios de salud, servicios básicos, calidad y espacios de la vivienda, y activos del hogar.

La ampliación fue particularmente importante en los municipios con mayor rezago social, lo que contribuyó a reducir de manera significativa las brechas territoriales de aseguramiento. En 2004, el 82 % de los hogares de los municipios de alto y muy alto rezago carecía de aseguramiento, frente al 49 % en los municipios de bajo o muy bajo rezago. Para 2018, esas proporciones habían descendido al 6.2 % y al 9 %, respectivamente. La desigualdad territorial no solo se redujo: se invirtió.

En 2024, había 44.5 millones de personas sin acceso a servicios de salud y 5.7 millones de hogares que incurrieron en gastos excesivos por motivos de salud.

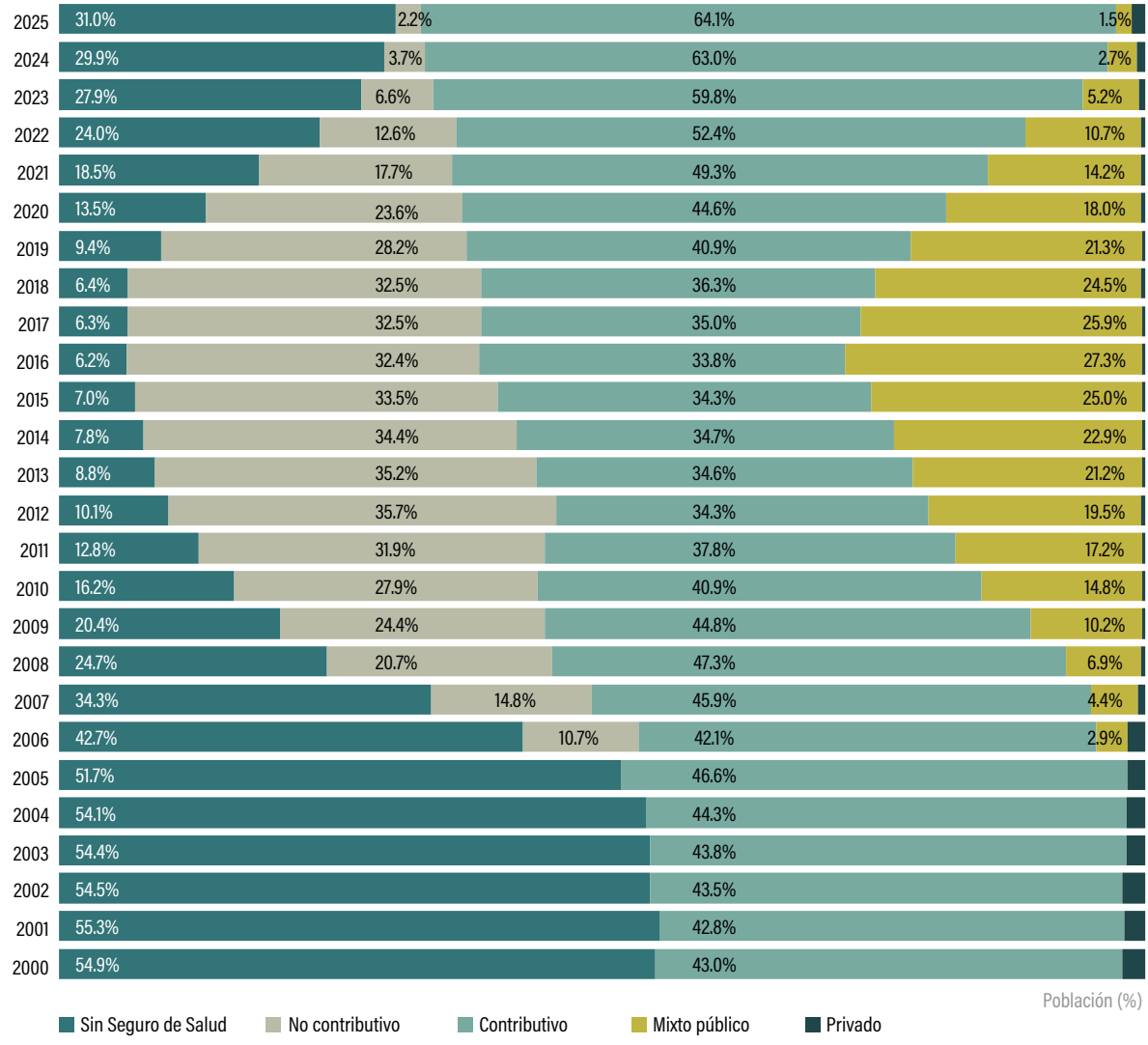
Esa trayectoria comenzó a revertirse después de 2018. Para 2024, la proporción nacional de hogares sin aseguramiento había aumentado al 31.4 %. El retroceso fue especialmente pronunciado en los municipios con mayor rezago social. Entre 2018 y 2024, la proporción de hogares sin aseguramiento aumentó del 9 % al 21.3 % en los municipios de menor rezago; del 9 % al 44.9 % en los de rezago medio, y del 6.2 % al 62.7 % en los de alto y muy alto rezago.

En seis años reapareció una brecha que había tardado más de una década en cerrarse. En 2018, la proporción de hogares sin aseguramiento era menor en los municipios más rezagados; en 2024, la diferencia respecto de los municipios de menos rezago superaba los 40 puntos porcentuales.

La evolución del aseguramiento por entidad federativa muestra un patrón muy similar. La cobertura aumentó de manera significativa entre 2000 y 2020, beneficiando sobre todo a los estados más pobres. El porcentaje de población con aseguramiento pasó del 18.2 % al 81.5 % en Chiapas, del 23.8 % al 83.1 % en Guerrero y del 16.7 % al 81.3 % en Oaxaca. A partir de 2020 comenzó a descender de manera dramática. En 2023, los porcentajes de aseguramiento habían caído a 35.9 %, 54.4 % y 32.6 %, respectivamente. Las pérdidas en el aseguramiento fueron mucho menores en los estados más ricos. En Aguascalientes y Nuevo León, por ejemplo, el porcentaje de aseguramiento entre 2020 y 2023 cayó del 93.2 % y 90.3 % al 85.5 % y 86.7 %, respectivamente.

La marcada expansión del aseguramiento, tanto a nivel nacional como estatal, observada hasta 2016, estuvo sostenida principalmente por el crecimiento de los servicios públicos no contributivos (Figura 2.2). La contracción posterior ilustra cómo el debilitamiento de los esquemas para proteger a la población sin seguridad social impulsó el repunte general de la carencia de cobertura.

Figura 2.2. Cobertura de salud en México por tipo de aseguramiento autorreportado, 2000-2025



Fuente: elaboración propia con datos de Inegi, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2000-2025. Se reporta la distribución porcentual de la población mexicana de acuerdo con el esquema de aseguramiento a la salud autorreportado. Para los años impares, las proporciones por condición de aseguramiento se estimaron mediante interpolación lineal estatal según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2000-2025. El aseguramiento autorreportado es la afiliación a servicios de salud que declaran las personas en la encuesta. El aseguramiento contributivo corresponde a la seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar), financiada con aportaciones de trabajadores, empleadores y gobierno. El no contributivo corresponde a los esquemas públicos para la población sin seguridad social (Seguro Popular, INSABI o IMSS-Bienestar), financiados con impuestos generales. El mixto público corresponde a quienes reportan a la vez seguridad social y un esquema no contributivo. El privado corresponde a quienes cuentan únicamente con un seguro médico privado. La población sin seguro de salud es la que no reporta afiliación a ninguna institución pública ni privada. La interpolación lineal estima el valor de un año sin dato como el punto intermedio entre los años con dato anterior y posterior.

EL DERECHO A LA SALUD

Bajo el liderazgo de Eleanor Roosevelt, se reunió un equipo diverso: un filósofo chino, un jurista judío francés, una feminista india y una diplomática dominicana, entre otras personas, para redactar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, uno de los documentos más influyentes de la historia moderna. Estas especialistas trabajaron en la Declaración entre 1947 y 1948, cuando el mundo se reponía de la pesadilla de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945).

Tras la Segunda Guerra, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) le debía a la humanidad un documento donde se reconociera la dignidad de cada una de las personas. Esa dignidad no era solo civil y política, también debía ser material. Por ello, el artículo 25 establece que toda persona tiene derecho "a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El derecho a la salud no se enunciaba como una provisión aislada, sino como parte de un conjunto de condiciones materiales concretas.

Su antecedente era la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, que también había incluido una definición revolucionaria: la salud no solamente era la ausencia de afecciones o enfermedades, sino "un estado de completo bienestar físico, mental y social". Este esfuerzo continuó en 1966 cuando se adoptó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12 reconoce "…el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental." Con este Pacto, la comunidad internacional daba un paso adelante, pues convertía ese derecho en un compromiso exigible para los Estados partes.

México se adhirió a ese Pacto en 1981. Dos años después, el 3 de febrero de 1983, se publicó la reforma al artículo 4° constitucional, que reconoce "el derecho a la protección de la salud". Guillermo Soberón encabezaba entonces la Secretaría de Salubridad y Asistencia, denominada Secretaría de Salud desde 1985, y participó en la instrumentación de este derecho.

Mientras se cierra la edición de este informe, en octubre de 2026, las personas en México atestiguamos un movimiento de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Además de exigir aumento salarial y democracia sindical, quienes se manifiestan demandan abasto de medicamentos y contratación de más médicas, médicos y personal de salud. Este movimiento nos recuerda que la protección de la salud no solo es una aspiración de las sociedades, sino un derecho que debe materializarse con financiamiento adecuado y condiciones dignas para quienes trabajan para garantizarlo.

Fuentes: López (2015) y Naciones Unidas (s. f.)

La protección financiera en salud

Los cambios en la capacidad del sistema para ofrecer atención tuvieron consecuencias directas sobre la protección financiera de los hogares. Cuando los servicios públicos responden de manera efectiva a las necesidades de la población, disminuye la necesidad de recurrir a los servicios privados y, con eso, el riesgo de incurrir en gastos elevados. Cuando esa capacidad se debilita, en cambio, los hogares se ven obligados a pagar de su bolsillo consultas, medicamentos y estudios diagnósticos a los que no pueden acceder oportunamente en el sector público.

Esta relación es consistente con la manera en que evolucionaron los gastos excesivos por motivos de salud. Como se muestra en la Figura 2.3, su incidencia trimestral disminuyó a nivel nacional del 4.5 % de los hogares en 2000 al 2.4 % en 2014. Esta reducción coincidió con el periodo de expansión de la cobertura de atención y fue particularmente notoria entre los hogares que dependían de los esquemas públicos no contributivos.

A partir de 2014, sin embargo, la tendencia comenzó a revertirse. La incidencia de gastos excesivos aumentó al 3.5 % del total de hogares en 2016, al 3.6 % en 2018 y al 4.2 % en 2020; descendió ligeramente al 3.9 % en 2022 y volvió a incrementarse al 4.2 % en 2024. Entre 2014 y 2024, la incidencia aumentó un 73 %. Expresada en términos absolutos y anualizada, la cifra de 2024 equivale a 5.7 millones de hogares mexicanos que enfrentaron gastos excesivos por motivos de salud.

Figura 2.3. Gastos excesivos por motivos de salud a nivel nacional y por nivel de rezago social, México 2000-2024. Porcentaje de hogares



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Nacional	4.5	3.9	4.1	5.3	3.6	2.3	2.7	2.4	3.5	3.6	4.2	3.9	4.2
Bajo o muy bajo	4.9	3.3	3.6	4.8	3.6	2.2	2.6	1.9	3.0	3.1	3.8	3.3	3.6
Medio	3.8	4.8	4.5	5.8	3.7	2.4	2.8	2.8	3.7	4.2	4.8	4.5	4.7
Alto o muy alto	3.6	4.9	5.4	6.5	3.6	2.6	3.1	3.7	4.5	4.6	4.9	5.5	5.7

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2000–2024), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH).

Se reporta el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos en salud de acuerdo con el nivel de rezago social de los municipios de residencia en 2000. Los porcentajes se estimaron mediante modelos Heckprobit ajustados, considerando la selección hacia un gasto de bolsillo en salud positivo y el diseño complejo de la encuesta. Los hogares con gasto excesivo en salud son aquellos que experimentan gasto catastrófico o empobrecedor. El gasto catastrófico en salud se define como el gasto de bolsillo en salud del hogar cuando supera 30 % de su capacidad de pago. El gasto empobrecedor en salud se definió como aquel gasto de bolsillo en salud que situó al hogar por debajo de la línea de gasto de subsistencia o profundizó la pobreza entre los hogares que ya se encontraban por debajo de dicha línea. Se reporta como hogares con gasto excesivo en salud a aquellos que experimentan gasto catastrófico o empobrecedor.

La pandemia de covid-19 contribuyó al aumento registrado en 2020, debido tanto a la reducción de los ingresos de los hogares como a los problemas de acceso y uso de los servicios públicos. Sin embargo, la persistencia de niveles elevados en 2022 y 2024 indica que el deterioro no puede atribuirse únicamente a esa coyuntura. La

incapacidad del Insabi y, posteriormente, del IMSS-Bienestar para recuperar la capacidad de respuesta de los servicios se reflejó en una protección financiera cada vez más débil.

Las diferencias por tipo de aseguramiento confirman esta trayectoria. Entre los hogares con cobertura pública no contributiva, la incidencia de gastos excesivos disminuyó del 6 % del total de hogares en 2006 al 2.9 % en 2014, pero posteriormente aumentó al 4.2 % en 2018 y al 4.8 % en 2024. Entre los hogares con seguridad social, pasó del 4.8 % al 2.1 % entre 2006 y 2014, para luego aumentar al 3.2 % en 2018 y al 3.7 % en 2024. En ambos grupos se perdió una parte importante del avance alcanzado durante la década anterior, aunque la incidencia permaneció de manera sistemática más elevada entre los hogares afiliados a los esquemas públicos no contributivos (Serván-Mori y Gómez-Dantés, 2026).

Los contrastes territoriales hacen aún más evidente esa relación (Figura 2.3). En los municipios de menor rezago, la incidencia de gastos excesivos disminuyó del 3.6 % en 2004 al 1.9 % en 2014, para después aumentar al 3.6 % en 2024. En los municipios de alto y muy alto rezago, pasó del 5.4 % en 2004 al 3.7 % en 2014, pero volvió a incrementarse hasta alcanzar el 5.7 % en 2024.

El problema no se limita a cuántas personas están formalmente cubiertas, sino a si el sistema puede ofrecerles atención efectiva sin convertir la enfermedad en una fuente de empobrecimiento.

Hay un problema adicional preocupante. Entre 2000 y 2012, alrededor de una quinta parte de los gastos excesivos por motivos de salud correspondía al componente empobrecedor, aquel que reduce los recursos de los hogares hasta situarlos por debajo del umbral de pobreza, sin diferencias territoriales. A partir de 2014, sin embargo, su peso aumentó y la divergencia territorial se hizo más clara. En 2024, representó el 35 % de los gastos excesivos en los municipios de alto y muy alto rezago, frente al 25.7 % en los de bajo o muy bajo rezago. Este aumento no solo expresa un deterioro de la protección financiera, también refleja la menor capacidad económica de los hogares más rezagados para absorber los gastos en salud.

Los resultados de estos dos estudios muestran que la expansión de la cobertura y la protección financiera avanzaron en paralelo durante buena parte de las primeras dos décadas del siglo. Entre 2000 y 2016, y particularmente durante los años

de expansión del Seguro Popular, millones de hogares que antes carecían de aseguramiento obtuvieron una forma de protección que coincidió con una reducción sustantiva de los gastos excesivos por motivos de salud. Los avances fueron especialmente importantes en los municipios más pobres, donde las brechas de aseguramiento llegaron incluso a invertirse. A partir de 2018, sin embargo, ambas tendencias lamentablemente comenzaron a restablecerse. La pérdida de cobertura estuvo acompañada de un aumento de los gastos excesivos y de una mayor incidencia de su componente empobrecedor, con efectos particularmente graves en los territorios con mayor rezago social.

En conjunto, la evidencia muestra que la cobertura nominal y la protección financiera no son logros permanentes: dependen de la capacidad efectiva del sistema para garantizar acceso oportuno a servicios de calidad. Cuando esa capacidad se debilita, los costos de la atención regresan al hogar y afectan de manera desproporcionada a quienes tienen menos recursos para afrontarlos. El problema, por tanto, no se limita a cuántas personas están formalmente cubiertas, sino a si el sistema puede ofrecerles atención efectiva sin convertir la enfermedad en una fuente de empobrecimiento. Recuperar la cobertura y la protección financiera exige, en última instancia, reconstruir esa capacidad efectiva de respuesta.

Referencias

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Pobreza multidimensional 2024* (Presentación de resultados). https://www.inegi.org.mx/contenidos/desarrollosocial/pm/doc/pm_presentacion_2024.pdf

López Arellano, O., López Moreno, S., y Moreno Altamirano, A. (2015). Introducción: El derecho a la salud en México. En O. López Arellano & S. López Moreno (Coords.), *Derecho a la salud en México* (pp. 22–38). Universidad Autónoma Metropolitana. https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf

Naciones Unidas. (s. f.). Historia de la Declaración. https://www.un.org/es/about-us/udhr/history-of-the-declaration

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Meneses-Navarro, S., Hone, T., Mohar-Betancourt, A. y Gómez-Dantés, O. (2025). Health Insurance Coverage in Mexico: Progress, Inequalities and Remaining Challenges Towards UHC2030. *Health Research Policy and Systems*, 23, Article 145. https://doi.org/10.1186/s12961-025-01405-w

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Pineda-Antúnez, C., Jan, S., Hone, T., Flamand, L., Mohar-Betancourt, A., Mendoza, M. Á., Méndez, J., García-Díaz, R. y Gómez-Dantés, O. (2026). Health Financing Inequality in Fragmented Health Systems: Evidence From Mexico, 2000-2023. *International Journal for Equity in Health, 25* (1), Article 36. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02735-5

Serván-Mori, E. y Gómez-Dantés, O. (2026, 6 de agosto). El costo de enfermar, sin freno. *Nexos*. https://salud.nexos.com.mx/el-costo-de-enfermar-sin-freno/

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D. y Gómez-Dantés, O. (2026). *Losing Financial Protection on the Road to UHC: Inverse Equity in the Redesign of Mexico's Health-System, 2000-2024* [Manuscrito enviado para publicación].

III.

Un sistema con graves problemas de salud

"Antes no tenía mucho dinero, pero pues vives un poquito más holgada o no tan preocupada. Hoy estoy libre de cáncer, pero yo no sé mañana o dentro de un año qué pueda suceder. Entonces viene esa incertidumbre de decir: 'Si llega a pasar, ¿de qué voy a vivir?'". Estas son palabras de Sofía, quien tuvo cáncer de mama.

La historia de Yajaira refleja la misma angustia: "Sí, me hace sentir un poco culpable. Porque no estuve para apoyar a mi hija en su carrera que ella quería cuando me enfermé. Si no me hubiera enfermado, mi hija estuviera estudiando lo que ella quería porque yo trabajaba y le iba a apoyar, y no tuviera tantas deudas si no me hubiera enfermado."

Y también está el caso de Paty: "Me dan la noticia de que yo tenía que recibir 30 radiaciones; solo de las radiaciones eran más de 100 000 pesos. Entonces agarré y le dije a mis hermanos: 'Vámonos, yo ya no quiero estar acá. ¿De dónde voy a sacar esa cantidad? De que me voy a morir, me voy a morir, pero yo no quiero vender la casa porque mis hijos se van a quedar sin su mamá y todavía sin casa, con deudas.'"

Los testimonios anteriores, recabados durante este proyecto de investigación (Gálvez-Hernández *et al.*), son solo una muestra de la realidad que viven miles de hogares mexicanos. La caída en la cobertura y las fallas en la calidad de los servicios no solo han deteriorado la salud de las personas, sino que las han empujado a la desprotección financiera extrema.

En el papel, las reformas y el subfinanciamiento parecieran simples decisiones administrativas: como si se tratara de meros cambios en las siglas de las instituciones responsables y las cifras de los presupuestos asignados a la protección de la salud. Ojalá que eso fuera todo. Lo que este capítulo revela es el efecto profundo de la fragmentación y del subfinanciamiento: madres que fallecieron durante el embarazo, el parto y los 42 días siguientes (puerperio), una cifra conocida como razón de muerte materna (RMM, número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos). Nos enfrentamos a un retroceso de más de 30 años en este indicador. Además, estos

estudios revelan que el IMSS y el ISSSTE se convirtieron en lugares de mayor riesgo de muerte para las madres, comparados con el subsistema de salud no contributivo. Esas instituciones habían sido el orgullo del Estado mexicano. El aumento de la razón de muerte materna revela la gravedad de su deterioro. Las consecuencias son más mamás que mueren y más niños que crecerán sin sus madres.

Respecto del cáncer de mama, México también presenta un aumento preocupante. Una cifra ilustra el tamaño del problema: actualmente, el sector privado detecta casi el doble de casos de cáncer de mama en etapas tempranas que el IMSS y el ISSSTE, y ese número crece en relación con la población sin seguridad social. La diferencia entre la vida y la muerte no descansa solo en la cantidad de equipos de mastografía, sino en formar y cuidar el ecosistema que lo atiende: radiólogos expertos en patología mamaria y tiempos máximos para iniciar un tratamiento tras el diagnóstico. En este capítulo también se analizan las muertes evitables: México no solo está casi dos veces por encima del promedio de los países de la OCDE, también es muy notoria la desigualdad entre las personas cubiertas por la seguridad social y las que no lo están.

La fragmentación del sistema de salud y el escaso financiamiento han vulnerado el control de la diabetes, incrementado la mortalidad materna y profundizado las desigualdades frente al cáncer de mama.

Este deterioro tiene causas claras: la fragmentación del sistema de salud mexicano, la falta de inversión pública y los continuos cambios institucionales de los últimos años. En esta investigación se documenta cómo dicha crisis ha afectado el control de la diabetes, disparado la mortalidad materna y profundizado las desigualdades frente al cáncer de mama. También analizamos un indicador fundamental: las muertes evitables. Las cifras son alarmantes: mientras que en Japón o Suiza las tasas son inferiores a 140 muertes por 100 000 habitantes, México se ubica en el grupo con mayor mortalidad evitable, con una tasa superior a 400 (OCDE, 2025).

Deterioro del control de pacientes con diabetes

La diabetes es la segunda causa de muerte en México y afecta a 14.4 millones de personas; es decir, al 18 % de la población adulta (Reyes-García *et al.*, 2025). Aunque

existe una alta tasa de diagnóstico (77.3 %) y la gran mayoría recibe tratamiento (90.9 %), los resultados son desalentadores: solo el 33 % logra mantener su enfermedad bajo control. Para ponerlo en perspectiva, en los países de ingresos altos esta cifra se ubica entre el 50 % y el 65 %.

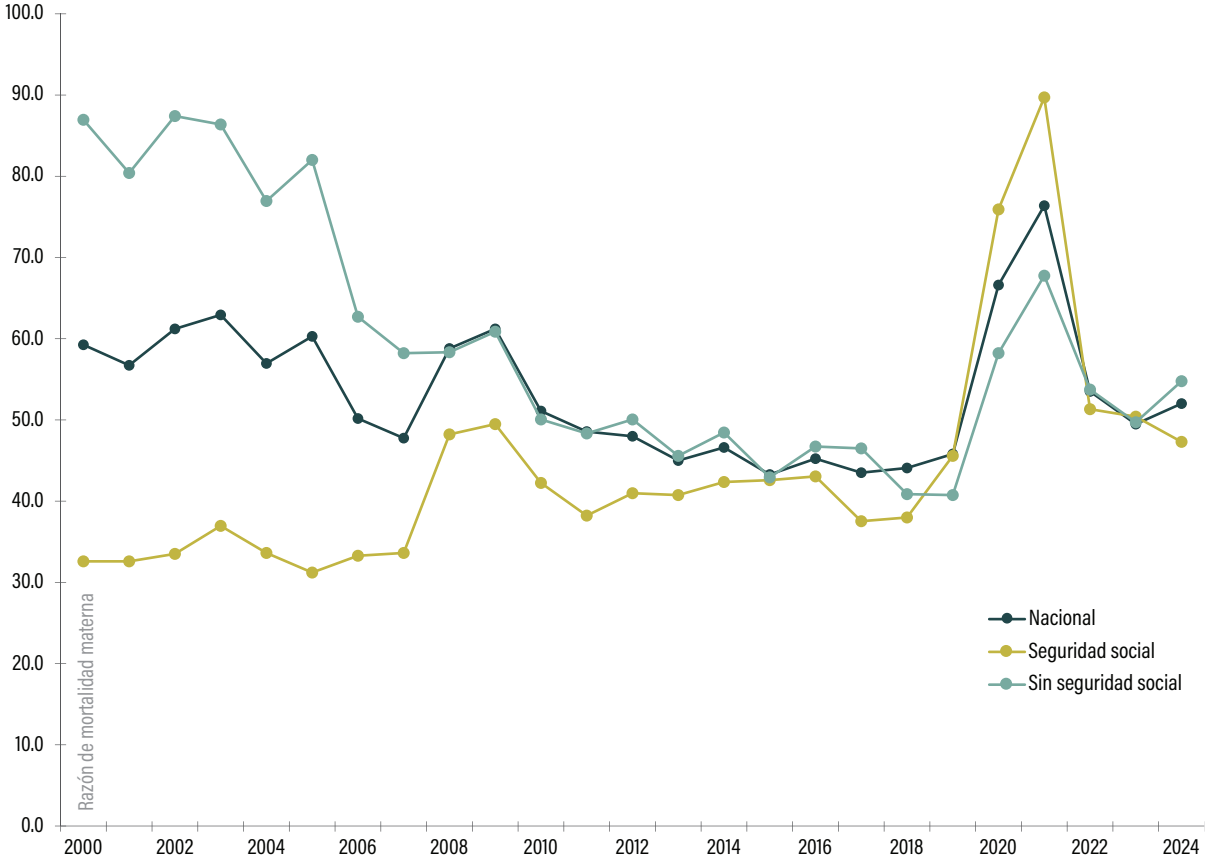
¿Qué agravó esta situación? Los datos demuestran que el desmantelamiento del Seguro Popular y su sustitución por el Insabi y, posteriormente, por el IMSS-Bienestar tuvieron consecuencias clínicas directas. Estos cambios administrativos produjeron un incremento del 14.8 % en las hospitalizaciones evitables por diabetes y un descenso del 3.2 % en la proporción de pacientes controlados (Cerecero-García *et al.,* 2026). Como suele ocurrir, el efecto no fue parejo: el repunte de estas hospitalizaciones castigó con mayor dureza a los municipios con altas tasas de pobreza y alta presencia de población indígena.

Impacto de la fragmentación en la mortalidad materna

La fragmentación del sistema de salud ha tenido un costo altísimo en la mortalidad materna. Durante las primeras dos décadas de este siglo, la razón de mortalidad materna (RMM) en el país disminuyó de manera sostenida. Como se muestra en la Figura 3.1, entre 2000 y 2018, se transitó de 59.3 a 44.1 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos (Serván-Mori, 2025). Sin embargo, en 2019, incluso antes de la pandemia, este indicador comenzó a repuntar dramáticamente hasta alcanzar 76.4 muertes en 2021. Para dimensionar la gravedad: este nivel no se registraba en México desde 1990, lo que representa una pérdida de más de 30 años de progreso en la atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.

Tan grave como este retroceso nacional es lo que ocurrió dentro del sistema de salud pública. Históricamente, las mujeres afiliadas al IMSS o al ISSSTE tenían un menor riesgo de muerte materna que aquellas sin seguridad social. Aunque la brecha entre ambos grupos se fue cerrando con los años, esta aparente buena noticia escondía una señal de alarma: la distancia se redujo no solo porque mejoró la atención a la población sin seguridad social, sino también por un agudo deterioro de los servicios de las instituciones contributivas. El declive fue tal que, entre 2019 y 2021, la razón de mortalidad materna pasó a ser más alta entre la población con seguridad social.

Figura 3.1. Mortalidad materna general en la población mexicana, 2000-2024
Panel A. Razón de mortalidad materna en las poblaciones con y sin seguridad social

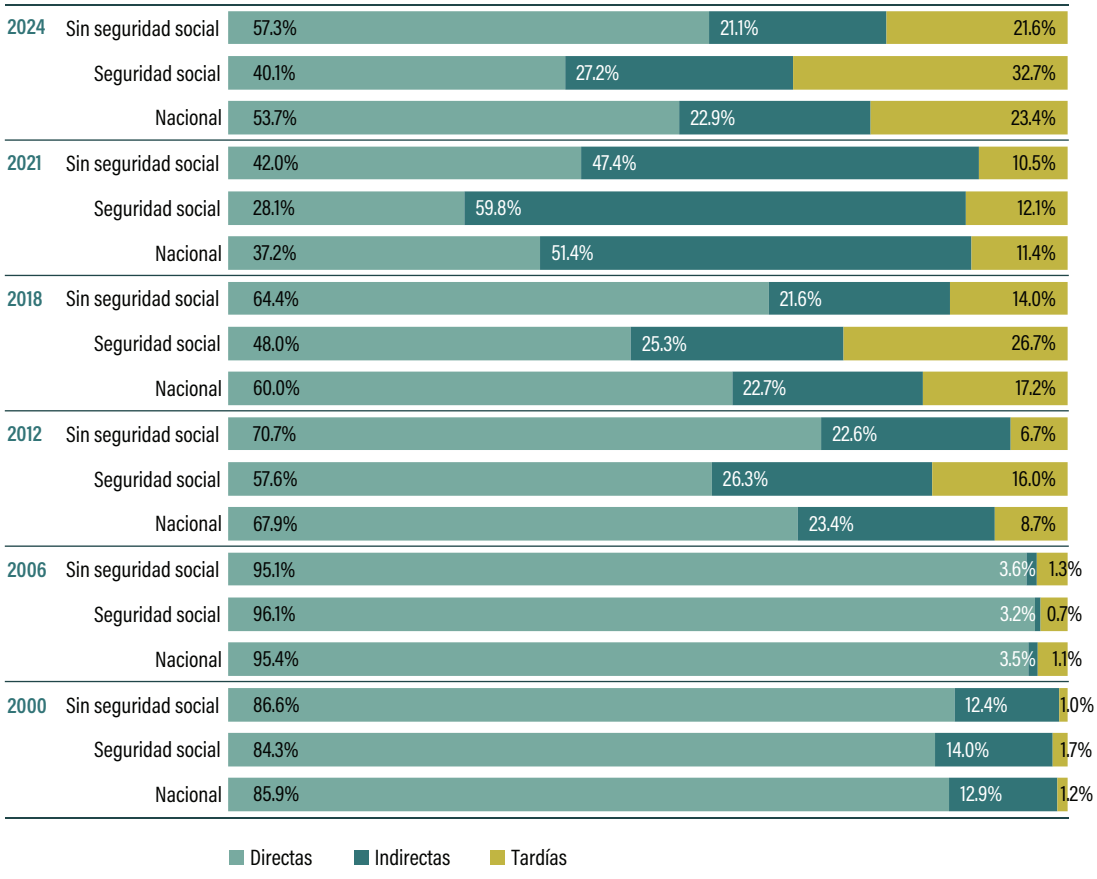


Fuente: elaboración propia con datos de Inegi, Defunciones, 2018-2024
La razón de mortalidad materna corresponde al número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Las causas directas derivan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio; las indirectas, de enfermedades no obstétricas agravadas por el embarazo; y las tardías corresponden a muertes por causas directas o indirectas ocurridas después de los 42 días y antes de un año desde la terminación del embarazo.

Al observar la evolución de estas cifras (Figura 3.1, panel A), podemos identificar tres etapas claras:

1. 2000-2007 (Avances en la base). La RMM en la población sin seguridad social cayó drásticamente (de 86.9 a 58.3), mientras que en la población con seguridad social se mantuvo prácticamente sin cambio (alrededor de 33, una cifra bastante baja).
2. 2007-2019 (Cierre de brechas con focos rojos). La razón de mortalidad de las mujeres sin seguridad social siguió mejorando hasta alcanzar un nivel (40.8) similar al

Figura 3.1. Mortalidad materna general en la población mexicana, 2000-2024
Panel B. Proporciones de la mortalidad materna general por causas directas, indirectas y tardías



observado en el sector asegurado (45.6). No obstante, para el IMSS y el ISSSTE, esto ya representaba un preocupante incremento del 35 % respecto a 2007.

3. 2020-2021 (Crisis generalizada). Se registra un aumento considerable; la razón alcanzó su máximo histórico para las mujeres con seguridad social con 89.7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

El panel B de la Figura 3.1 revela un cambio profundo en las causas de la mortalidad materna. En 2000, el 85.9 % de las muertes se debía a causas directas, es decir, a complicaciones obstétricas; para 2018 esta proporción había bajado al 60 %. En 2021, en plena pandemia, las causas indirectas (enfermedades no obstétricas agravadas

por el embarazo) llegaron a representar el 51.4 % del total, y prácticamente el 60 % entre las mujeres con seguridad social. En 2024, las muertes tardías ya sumaban el 23.4 % a nivel nacional y el 32.7 % en la población asegurada, lo que apunta a fallas en el seguimiento de las mujeres después del parto.

De 2000 a 2018, siete de cada diez muertes maternas ocurrieron en la población sin seguridad social, para luego disminuir a seis de cada diez en 2021 y 2022. Las muertes maternas en la población sin seguridad social fueron más frecuentes entre las adolescentes (10 a 19 años), las mujeres con menor escolaridad y las solteras. Estos decesos también estuvieron sobrerrepresentados en las zonas rurales, con mayor presencia indígena y mayor marginación social. Todo esto indica que las muertes maternas en México, como en casi todo el mundo, siguen siendo un problema de salud que afecta de manera abrumadora a las poblaciones pobres y vulnerables.

El notable descenso de la razón de mortalidad materna que se produjo entre 2000 y 2006 fue resultado tanto de la ampliación de la cobertura de atención en la población sin seguridad social, asociada al establecimiento del Seguro Popular, como del programa Arranque Parejo en la Vida que la Secretaría de Salud federal comenzó a operar en 2001. Este programa tenía como objetivo explícito ampliar el acceso y mejorar los servicios de salud materno-infantiles para, entre otras cosas, reducir las muertes maternas y cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en esa materia. La implantación de las llamadas "autopsias verbales" en casos de muerte materna a partir de 2002 también ayudó a disminuir el subregistro de estos decesos e identificar sus causas para así poder combatirlas.

Esta tendencia a la baja de la RMM en la población sin seguridad social se mantuvo entre 2007 y 2018, periodo en el que e redujo de 58.3 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos a 40.9 (Figura 3.1). Es claro que durante este segundo periodo la Secretaría de Salud federal y las secretarías estatales de salud siguieron dando un lugar prioritario a la salud materna. En las instituciones de seguridad social sucedió lo contrario: no identificaron el grave problema que se gestaba en sus servicios de salud materna a fines de la primera década del siglo. De hecho, en este segundo periodo, la RMM en las instituciones de seguridad social se incrementó un 12.8 %, al pasar de 33.7 por 100 000 nacidos vivos en 2007 a 38 en 2018, con picos de 48.3 y 49.5 en 2008 y 2009, respectivamente, años en los que debieron haberse prendido los focos rojos en el IMSS y el ISSSTE.

La etapa más crítica se vivió entre 2019 y 2021, cuando el riesgo de muerte materna se disparó casi un 70 % a nivel nacional. Este colapso coincidió con varios factores simultáneos: la desaparición del Seguro Popular y su sustitución por el Insabi, que provocó una dramática caída en la cobertura pública, y la saturación hospitalaria derivada de la pandemia de covid-19. A esta crisis se sumó un evidente descuido de los programas de salud materna en todas las instituciones de salud pública desde 2018. Un abandono que, lamentablemente, continúa a la fecha.

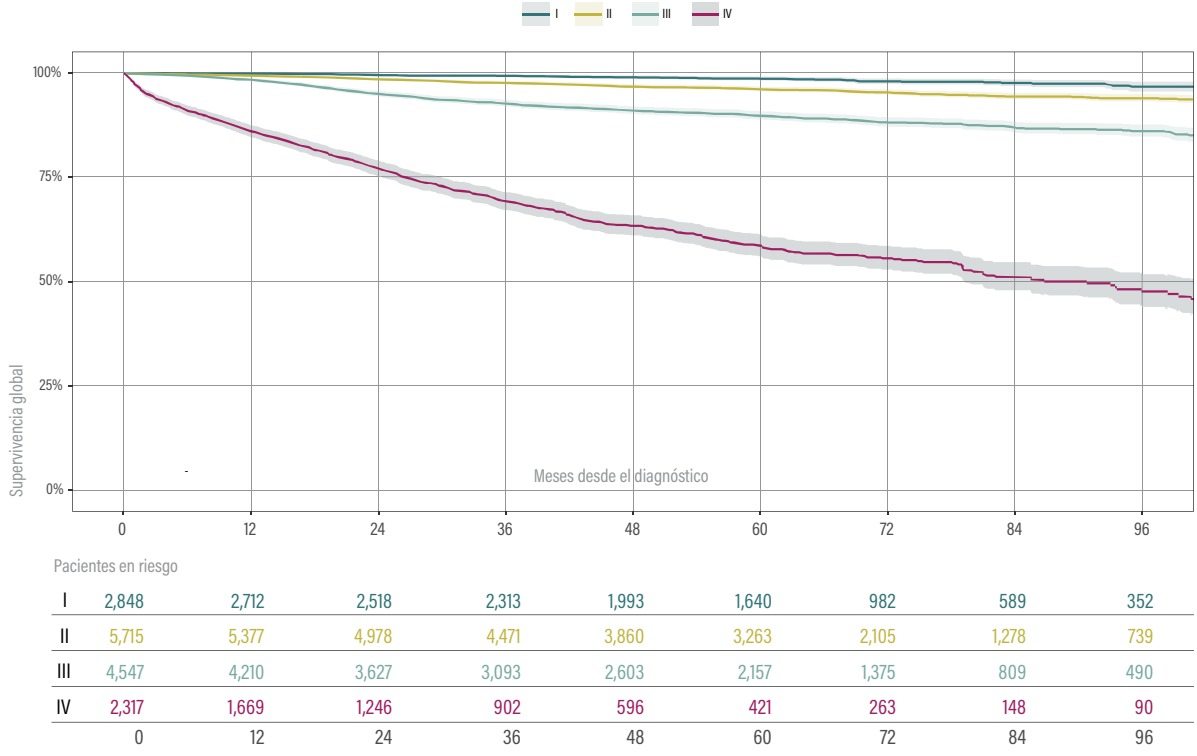
Impacto de la fragmentación en el manejo de las pacientes con cáncer de mama

Para entender a fondo cómo la fragmentación del sistema ha afectado a las pacientes con cáncer de mama, analizamos las trayectorias de más de 15 000 mujeres atendidas entre 2012 y 2022 en seis instituciones que representan los tres pilares del sistema: la seguridad social, los servicios para población no asegurada y el sector privado. Los resultados de este estudio multicéntrico revelan profundas desigualdades, pero también dejan un hallazgo muy alentador: cuando las pacientes logran acceder al tratamiento, los centros públicos de élite obtienen resultados de supervivencia tan buenos como los de las instituciones privadas.

El verdadero abismo de nuestro sistema radica, más bien, en el momento del diagnóstico. El sector privado detecta casi el doble de casos en etapas tempranas (42.9 %) que las instituciones que atienden a la población sin seguridad social (18.1 %). La otra cara de esta moneda es la metástasis: diagnosticar el cáncer cuando ya está en fase avanzada es dos veces más frecuente en las instituciones que atienden a población sin seguridad social (18 %) que en las de seguridad social (7.9 %) y seis veces más frecuente que en el sector privado (3 %) (Arana *et al.*, 2026).

En el sector privado, esta enfermedad se identifica de manera dominante en etapas iniciales, lo cual sugiere un proceso de detección más oportuno y un mayor acceso a la mastografía y a servicios médicos especializados, lo que da lugar a una mayor supervivencia.

Figura 3.2. Supervivencia global en cáncer de mama en México por etapa clínica al diagnóstico



Pacientes en riesgo

I	2,848	2,712	2,518	2,313	1,993	1,640	982	589	352
II	5,715	5,377	4,978	4,471	3,860	3,263	2,105	1,278	739
III	4,547	4,210	3,627	3,093	2,603	2,157	1,375	809	490
IV	2,317	1,669	1,246	902	596	421	263	148	90
	0	12	24	36	48	60	72	84	96

Fuente: elaboración propia con datos de los registros institucionales de cáncer de mama de Incan, FUCAM, IMSS, SEDENA, Hospital ABC y TecSalud. Se reporta la supervivencia global estimada con el método de Kaplan-Meier en mujeres con cáncer de mama en etapas clínicas I a IV (n = 15 427; defunciones = 1450). El seguimiento de cada paciente se censuró en la fecha de corte del estado vital de su institución. Grupo financiero: No derechohabiente (Incan, FUCAM), Seguridad Social (IMSS, SEDENA) y Privado (ABC, TecSalud). La supervivencia global es el porcentaje de pacientes que siguen vivas a cada mes desde el diagnóstico. Supervivencia a 5 años: No derechohabiente 87.7 %; Seguridad Social 95.4 %; Privado 90.2 %. Prueba log-rank entre grupos: $p < 0.001$.

En el cáncer de mama, el momento en que se detecta la enfermedad define en gran medida el destino de las pacientes. La diferencia entre las etapas es contundente desde el primer año. Casi todas las mujeres diagnosticadas en etapa I seguían vivas cinco años después (alrededor de 98 de cada 100), y en la etapa II la cifra era muy similar (96 de cada 100). En la etapa III, la supervivencia descendió a cerca del 90 %. En la etapa IV, en cambio, la caída fue abrupta: una de cada siete mujeres murió durante el primer año; a los cinco años, solo sobrevivía poco más de la mitad; y a los ocho años, la proporción cayó por debajo del 50 % (Figura 3.2).

Lo preocupante no es solo la distancia entre las curvas, sino también cuántas mujeres se encuentran en las más bajas. De las más de 15 mil pacientes analizadas, menos de una de cada cinco fue diagnosticada en la etapa I. Casi la mitad llegó en etapas avanzadas (III o IV), y una de cada siete llegó cuando el cáncer ya se había diseminado a otros órganos (Figura 3.2).

Un diagnóstico tardío rara vez es una decisión individual. Refleja programas de detección que no llegan a todas las mujeres; referencias que se retrasan entre un servicio y otro, y esperas que se acumulan en cada paso de la atención. La gráfica muestra que, en el cáncer de mama, la capacidad del sistema de salud para llegar a tiempo se traduce directamente en años de vida.

Cerrar esta brecha exige mucho más que comprar equipos de mastografía. Es necesario descentralizar los servicios diagnósticos, formar a más radiólogos expertos en patología mamaria y crear programas de navegación que guíen a las pacientes por el sistema sin demoras administrativas. Sobre todo, apremia determinar objetivos obligatorios que establezcan un plazo máximo para confirmar el diagnóstico y comenzar el tratamiento. Solo así evitaremos que las lesiones tempranas y curables se conviertan en enfermedades irreversibles.

Como demuestran las cifras de supervivencia, el talento existe. Los datos muestran disparidades importantes en la detección temprana y en la frecuencia de enfermedad metastásica entre los tres pilares del sistema, pero también similitudes sociodemográficas y, sobre todo, resultados de supervivencia muy parecidos por etapa clínica al momento del diagnóstico. Estos resultados, que constituyen el hallazgo más alentador del estudio, demuestran que la oncología pública mexicana cuenta con especialistas con capacidades elevadas: las deficiencias no se atribuyen al personal médico, sino a las precarias condiciones en las que trabaja. El principal desafío es que nuestras instituciones operan como archipiélagos desconectados entre sí, con recursos y procesos que rara vez se comunican.

El reto, por tanto, es convertir las fortalezas aisladas y dispersas en una capacidad colectiva. Las políticas públicas pueden aprovechar lo que funciona en cada sector para construir redes interinstitucionales cooperativas, armonizar las rutas de atención, compartir capacidades diagnósticas y terapéuticas, así como facilitar el acceso a tratamientos de alto costo. La fragmentación administrativa de nuestro sistema no tiene por qué condenarnos a una disminución de la calidad.

DESABASTO DE MEDICAMENTOS

Hay un momento muy frustrante para todo paciente del sistema público de salud: los medicamentos que te recetó la doctora simplemente no están disponibles. Hay de dos: o pagarlos de tu bolsillo o interrumpir el tratamiento. Según la organización Cero Desabasto, esta escena se repitió 82 millones de veces entre 2019 y 2023. Sí, 82 millones de recetas que no se surtieron.

Hasta 2019, el IMSS se encargaba de la compra consolidada de los medicamentos del sector salud. En la Coordinación de Control de Abasto trabajaban una treintena de profesionales especializados. Con el argumento de terminar con la corrupción, el presidente Andrés Manuel López Obrador decidió extinguir esta instancia y trasladarla a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), sin experiencia en estas compras.

En mayo de 2019, además, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) suspendió las líneas de producción de la planta de Coyoacán de PiSA, una farmacéutica que producía metotrexato, un medicamento contra el cáncer. Los efectos sociales fueron inmediatos. Madres y padres de niños con cáncer se movilizaron el 22 de enero de 2020 en el perímetro del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México (AICM) para exigir el suministro urgente de quimioterapias y fármacos. Durante algunas horas paralizaron las operaciones de la principal terminal aérea del país.

En 2020, con una crisis de desabasto de medicamentos, el gobierno federal recurrió a la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) para licitar y adquirir medicamentos a nivel internacional. Pero tampoco dio los resultados esperados. En 2022 el gobierno canceló anticipadamente el convenio con esta instancia de la ONU y le asignó a la empresa paraestatal Laboratorio de Biológicos y Reactivos de México (Birmex) la responsabilidad de las compras. En 2023, construyó una "megafarmacia" en Huehuetoca. Se esperaba que ahí se concentraran millones de fármacos, desde donde se enviarían a cualquier lugar del país. La crisis de desabasto, sin embargo, continuó.

En 2024, la presidenta Claudia Sheinbaum anunció que la planeación de las compras la encabezaría el subsecretario de salud, Eduardo Clark, con el apoyo del IMSS, el ISSSTE y el IMSS-Bienestar. El gobierno enfocó sus esfuerzos en la digitalización de inventarios, buscando conectar los miles de centros de salud e instituciones mediante expediente y receta electrónicas para gestionar la demanda en tiempo real e iniciar compras multianuales coordinadas, sin interrupción del abasto. Cuando se recupere la capacidad del sistema público de salud para adquirir y abastecer medicamentos, el gasto de bolsillo de los ciudadanos se reducirá significativamente.

Fuente: Colectivo Cero Desabasto (2024).

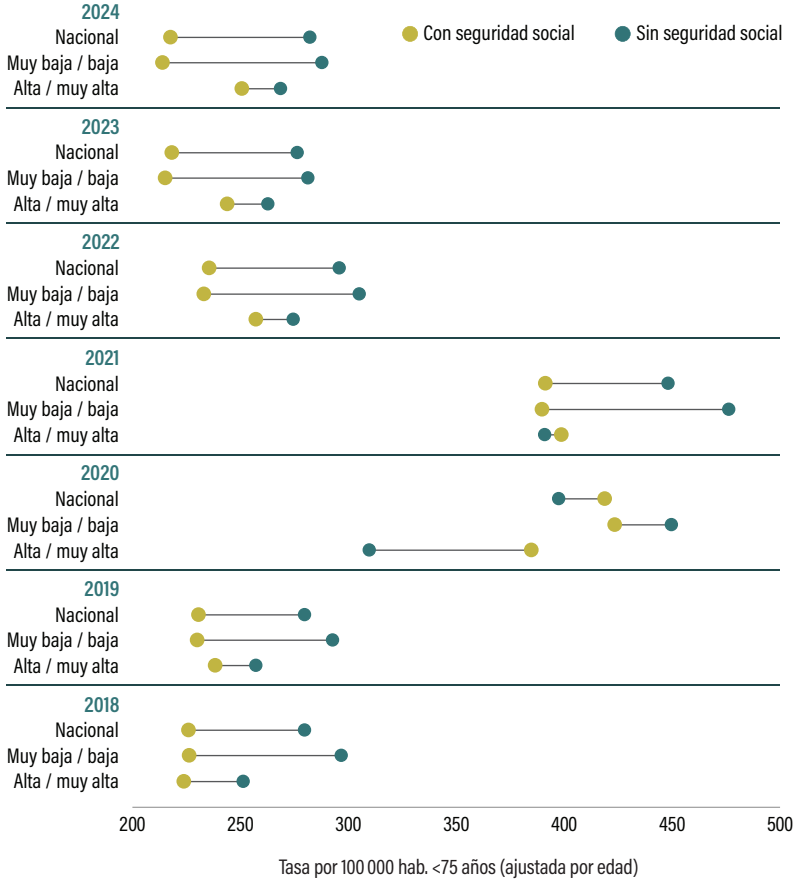
Impacto de la fragmentación en las muertes evitables

Uno de los indicadores que mejor retratan el desempeño de un sistema de salud es la mortalidad evitable. Su premisa es sencilla: si existen intervenciones médicas o de salud pública efectivas, ciertas muertes antes de los 75 años simplemente no deberían ocurrir (OECD y Eurostat, 2022). Estas muertes pueden clasificarse en dos grandes grupos. Por un lado, están las prevenibles, que pueden evitarse mediante medidas como la vacunación o la regulación de factores de riesgo. Por otro, están las tratables, que dependen de que los servicios de salud logren diagnosticar y atender a tiempo enfermedades como la diabetes, la hipertensión o algunos tipos de cáncer. En resumen, este indicador es una radiografía directa de la calidad, el acceso y la oportunidad de la atención (Nolte y McKee, 2004).

A nivel internacional, este indicador revela contrastes brutales. En 2023, los países de la OCDE promediaron 222 muertes evitables por cada 100 000 habitantes menores de 75 años, lo que equivale a más de tres millones de muertes prematuras. Cerca de dos terceras partes correspondieron a causas prevenibles (145 por 100 000) y una tercera parte a causas tratables (77 por 100 000) (OECD, 2025). Sin embargo, las diferencias entre países son enormes: mientras que Japón, Suecia o Suiza registran tasas inferiores a 140 muertes por 100 000 habitantes, México superó las 400.

El panorama dentro de México es igualmente desigual. Una de las principales líneas divisorias es contar o no con seguridad social, pues ello determina a qué instituciones tiene acceso cada persona. Si analizamos el periodo de 2018 a 2024, la mortalidad evitable castigó sistemáticamente más a la población no asegurada con excepción del año 2020 (Figura 3.3).

Figura 3.3. Muertes evitables por condición de seguridad social y nivel de rezago social, 2018-2024



Fuente: elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2018–2024), Defunciones. Las muertes evitables son las muertes de personas menores de 75 años que, bajo ciertas condiciones, podrían haberse evitado por medio de acciones como políticas públicas de salud, atención médica oportuna, entre otras. El rezago social es una medida que resume indicadores agregados del acceso a algunos de los derechos sociales de las personas y de sus bienes en el hogar relacionados con cuatro dimensiones: rezago educativo; acceso a los servicios de salud; calidad y espacios de la vivienda; y servicios básicos en la vivienda. Este se mide en cinco grados: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. Los cálculos se hicieron para los municipios de residencia en 2000.

Aunque la pandemia de covid-19 disparó las tasas para todas las personas, la recuperación posterior fue muy distinta. Para 2024, mientras las y los derechohabientes del sector formal lograron reducir su mortalidad a niveles previos a la pandemia, la población sin seguridad social empeoró. El resultado es que la brecha se abrió aún más: hoy, la tasa de muertes evitables entre la población mexicana sin seguro es casi un 30 % mayor (Figura 3.3).

En México se permite que la falta de seguridad social y la marginación territorial decidan quién vive y quién muere por causas que la medicina de hoy puede resolver.

Esta inequidad se agrava cuando miramos la geografía de la marginación. Entre 2018 y 2024, en los municipios con muy baja o baja marginación se lograron reducir las muertes evitables. En contraste, en las zonas de alta y muy alta marginación, la mortalidad se elevó. Lo más alarmante es que este aumento afectó severamente incluso a quienes tenían seguridad social en esas regiones, una disparidad que no estaba presente en 2018. Entre la población sin seguridad social, en cambio, las diferencias entre municipios de baja y alta marginación se redujeron durante el periodo.

En definitiva, la mortalidad evitable no es solo un indicador clínico, sino un crudo reflejo de las fracturas de nuestro sistema. México casi duplica la tasa promedio de los países de la OCDE. Es decir, permite que la falta de seguridad social y la marginación del territorio donde se habita decidan quién vive y quién muere por causas que la medicina de hoy puede resolver.

Conclusiones

En conjunto, la evidencia expuesta en este capítulo revela un deterioro profundo que atraviesa distintos niveles y componentes del sistema de salud. Lo vemos en el control de la diabetes, que empeoró drásticamente tras la eliminación del Seguro Popular. Lo confirman las cifras de mortalidad materna, que rompieron una tendencia histórica a la baja para dispararse a partir de 2019, golpeando de forma inusitada a la población con seguridad social. Se refleja en las abismales desigualdades institucionales para diagnosticar a tiempo el cáncer de mama. Y queda en evidencia ante una tasa de mortalidad evitable que supera por mucho el promedio de la OCDE.

Todo esto sugiere que la fragmentación institucional, la falta de recursos y la inestabilidad de las políticas recientes no son simples contratiempos administrativos. Son fallas estructurales que obstaculizan el acceso oportuno, merman la calidad de la atención y cuestan vidas. Detrás de estas estadísticas se encuentran la salud, el patrimonio y la tranquilidad de millones de personas que, ante estas deficiencias, enfrentan un panorama de creciente desprotección.

Referencias

Arana, A., Pech, K., Bargalló, E., Ruvalcaba, E., Grajales-Álvarez, R., Villarreal-Garza, C. Hospital ABC, Hospital Sedena, Nereida, Carlos-Seattle, Hernández, E., Cabrera, P. y Mohar-Betancourt, A. (2026). Fragmentation in Breast Cancer Care: A Multicenter Analysis of Mexico's Healthcare Subsystems. [Manuscrito enviado para publicación].

Cerecero-García, D., Gonçalves, J., Serván-Mori, E., Flamand, L., Gómez-Dantés, O., Millett, C. y Hone, T. (2026). The Dismantlement of Seguro Popular in Mexico: A Quasi-Experimental Impact Evaluation on Non-Communicable Disease Management and Admissions (2018-2024). [Manuscrito enviado para publicación].

Colectivo Cero Desabasto. (2024). *Radiografía del desabasto de medicamentos en México 2023*. https://a.storyblok.com/f/162801/x/afc3d3c3d1/radiografia-del-desabasto-de-medicamentos-en-mx-2023.pdf

Gálvez-Hernández, C., Cerecero-García, D., Pech, K., Ruvalcaba-Limón, E., Cabrera-Galeana, P., Gómez-Dantés, O., Mohar, A. y Serván-Mori, E. (2026). "Patient-Reported Financial Toxicity in Breast Cancer Survivorship in Mexico: Development and Validation of the NS-FITS". [En preparación].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi]. (2025). *Estadísticas de defunciones registradas 2018-2024* [Base de datos]. Inegi. https://www.inegi.org.mx/programas/edr/

OECD y Eurostat. (2022). *Avoidable Mortality: OECD/Eurostat Lists of Preventable and Treatable Causes of Death (January 2022 version)*. París: OECD. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/avoidable-mortality-2019-joint-oecd-eurostat-list-preventable-treatable-causes-of-death.pdf.

OECD. (2025). *Health at a Glance 2025. OECD Indicators.* París: OECD. https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e.html

Nolte, E. y McKee, M. (2004). *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited.* Londres: The Nuffield Trust.

Reyes-García, A., Basto-Abreu, A., Reyes-Sánchez, F., Stern, D., Romero-Martínez, M., Campos-Nonato, I., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. y Barrientos-Gutiérrez, T. (2025). Prevalencia de diabetes y control glucémico en México, Ensanut 2021-2024. *Salud Pública de México, 67*(6), 622-632. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/17286/12751

Serván-Mori E., Pineda-Antúnez C., Cerecero-García, D., Flamand, L., Mohar-Betancourt, A., Millett, C., Hone, T., Moreno-Serra, R. y Gómez-Dantés, O. (2025). Health System Financing Fragmentation and Maternal Mortality Transition in Mexico, 2000-2022. *International Journal for Equity in Health*, *24*(32). https://doi.org/10.1186/s12939-024-02357-3

IV.

Reformas constantes, resultados desiguales

Las reformas de salud que se han implementado en México en el siglo XXI han tenido como objetivo explícito alcanzar la cobertura universal en salud. La cobertura universal significa que todas las personas tengan acceso a la gama completa de servicios de salud de calidad que necesitan, en el momento y lugar que los requieran, sin sufrir dificultades financieras para pagarlos. ¿Cómo explicar, entonces, los resultados tan preocupantes en términos de cobertura, protección financiera y atención a la salud que hemos presentado en los capítulos previos de este volumen? ¿En qué medida estas reformas han facilitado las condiciones para avanzar hacia la cobertura universal?

La cobertura universal de salud no se refiere a una fórmula única de organización del sistema ni a un esquema específico de financiamiento. De hecho, la cobertura universal no significa provisión gubernamental exclusiva, pues es posible recurrir a esquemas de aseguramiento mixtos. Tampoco implica que toda la atención sea gratuita para todos los padecimientos, sin restricciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la cobertura universal puede alcanzarse con modelos de gestión diversos: desde aquellos financiados con impuestos generales hasta otros cubiertos con contribuciones sociales obligatorias, e incluso esquemas donde el gobierno es el pagador único con fondos públicos y la provisión puede combinar servicios públicos y privados con o sin fines de lucro. Lo fundamental es satisfacer los requisitos de equidad en el acceso y de protección financiera: la equidad para no dejar fuera del sistema a los grupos vulnerables; la protección financiera para reducir los pagos directos del bolsillo y evitar que el uso de los servicios de salud empuje a los hogares a la pobreza o a gastos catastróficos.

Exploramos los últimos 25 años de la trayectoria del sistema de salud mexicano para explicar las características de las reformas y cómo han afectado a las poblaciones vulnerables. Nuestra atención se centra en la interacción entre la cobertura y la protección financiera como objetivos centrales de cualquier sistema de salud. Un resultado muy visible es que, como el gasto público se ha mantenido bajo, la cobertura tampoco

se ha incrementado. Las personas beneficiarias han tenido que recurrir a servicios privados, lo que ha provocado un incremento significativo de los gastos de salud excesivos. Estos rasgos perniciosos del sistema se exacerbaron con la pandemia de covid-19; además, la reforma que creó el Insabi y luego el IMSS-Bienestar no ha sido capaz de proteger de manera cabal a la población sin seguridad social contributiva.

El sistema de salud en México antes del Seguro Popular (2000-2003)

El nuevo milenio presentó renovados desafíos para el sistema de salud mexicano. En el plano internacional, los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, a los que México se comprometió en septiembre de 2000 durante la Cumbre del Milenio, exigían a las naciones firmantes que implementaran acciones para reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades graves.

A la par de las exigencias de estos compromisos, en el ámbito nacional, el sistema de salud enfrentaba importantes retos y problemas que las reformas de las dos olas de descentralización (1980 y 1990) no habían logrado resolver (Flamand y Moreno-Jaimes, 2014; Frenk *et al.*, 2003). Los servicios insuficientes y de mala calidad, los altos índices de inequidad regional en la cobertura, la baja eficacia en la distribución de los recursos, así como la ausencia de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, representaban inmensos obstáculos para el sistema.

En esta configuración, el sistema de salud mexicano operaba con una fragmentación profunda (Becerril-Montekio *et al.*, 2024; Gómez-Dantés *et al.*, 2023). Por un lado, la población asalariada del sector formal contaba con esquemas de seguridad social ligados al empleo; por otro, las personas del sector informal, con autoempleos, campesinas y campesinos, trabajadores agrícolas y las personas en desempleo carecían de aseguramiento laboral, y su acceso a los servicios de salud dependía de la red heterogénea que se había conformado con los servicios estatales de salud, la Secretaría de Salud federal y el IMSS-Solidaridad.

En el año 2000, 55 % de la población reportó no contar con cobertura formal de salud.

En 2000, como se observa en la Figura 2.2, la proporción de la población que carecía de aseguramiento de salud era del 54.9 %, mientras que la incidencia de gastos catastróficos en ese año fue del 3.9 % del número total de hogares (Figura 4.1).

Figura 4.1. Gastos catastróficos por motivos de salud a nivel nacional y por nivel de rezago social, México 2000-2024. Porcentaje de hogares



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Nacional	3.9	3.5	3.6	4.8	3.2	2.0	2.4	1.9	2.9	3.1	3.5	3.2	3.5
Bajo o muy bajo	4.2	3.0	3.3	4.4	3.2	1.9	2.2	1.6	2.6	2.7	3.2	2.7	3.0
Medio	3.5	4.2	3.9	5.3	3.3	2.0	2.5	2.3	3.1	3.6	4.0	3.7	3.9
Alto o muy alto	3.3	4.3	4.7	5.8	3.2	2.2	2.8	2.9	3.8	3.9	4.1	4.4	4.6

Fuente: elaboración propia a partir de Serván-Mori E, Cerecero-García D, Gómez-Dantés O. Losing Financial Protection on the Road to UHC: Inverse Equity in the Redesign of Mexico's Health-System, 2000-2024 (artículo en revisión).

Se reporta el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos en salud de acuerdo con el nivel de rezago social de los municipios de residencia en 2000. Los porcentajes se estimaron mediante modelos Heckprobit ajustados, considerando la selección hacia un gasto de bolsillo en salud positivo y el diseño complejo de la encuesta. Los hogares con gasto excesivo en salud son aquellos donde el gasto de bolsillo en salud del hogar supera 30 % de su capacidad de pago.

Para combatir el rezago en la cobertura en salud, en 2003, el Congreso de la Unión aprobó reformar la Ley General de Salud (LGS). Esta reforma creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuya misión era "proteger financieramente a la población al ofrecerle un seguro de salud público y voluntario, mediante un amplio paquete de intervenciones y medicamentos" (Secretaría de Salud en Flamand y Moreno-Jaimes, 2014). El brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se conoció como Seguro Popular.

El Seguro Popular (2003-2015)

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), implementado en 2004 tras la aprobación de la reforma a la Ley General de Salud, se concibió como un instrumento financiero que utilizó recursos fiscales para ofrecer protección financiera a la población no adscrita a la seguridad social contributiva, con el fin de avanzar hacia la cobertura universal en salud. Se dirigía, en general, a las familias más pobres del país, por medio de un seguro de salud pública voluntario denominado Seguro Popular en Salud.

Las metas del Seguro Popular giraban en torno a la cobertura en salud y la economía de las personas: (i) brindar protección financiera a las y los mexicanos que no contaban con seguridad social, (ii) crear una cultura de pago anticipado entre las personas beneficiarias y (iii) disminuir el empobrecimiento de las familias que enfrentaban gastos en salud excesivos (Flamand y Moreno-Jaimes, 2014).

En 2000, la proporción de hogares sin aseguramiento era del 56 %; para 2016 el porcentaje disminuyó al 8.3 %

Con su creación, el gobierno intentó solucionar los principales problemas del sistema de salud mexicano: el reducido gasto público en salud (2.8 % del PIB); el predominio del gasto de bolsillo, es decir, que las personas emplearan sus propios fondos para atender su salud; la distribución desigual de recursos tanto entre la población asegurada y la no asegurada, como entre los estados de mayores y menores ingresos del país y, finalmente, la falta de inversión en infraestructura de salud (Flamand y Moreno-Jaimes, 2014).

Los distintos componentes del financiamiento del Seguro Popular permitieron que el programa creciera por medio de la cuota social uniforme del gobierno federal,

la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal.[1] En este modelo descentralizado, el gobierno federal era el encargado de asignar fondos a los estados del país en función del número de personas afiliadas al programa. Por su parte, los gobiernos estatales tenían que administrar los recursos y brindar los servicios gratuitos definidos previamente por las autoridades federales.

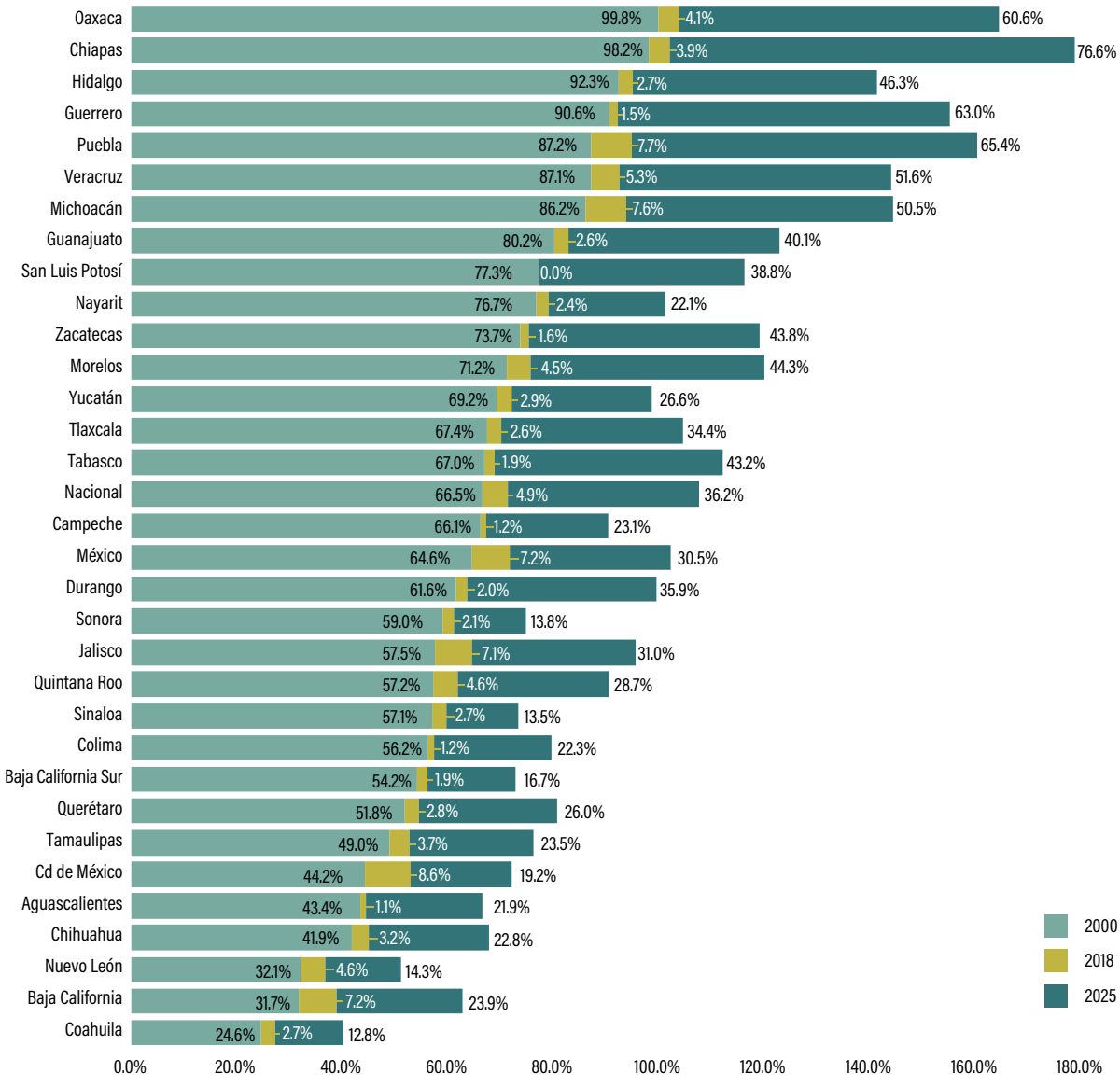
Las personas afiliadas al Seguro Popular tenían acceso a 294 servicios esenciales y 66 intervenciones de alto costo, divididos en tres carteras de servicios del Sistema Nacional de Protección Social en Salud: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) cubría las intervenciones de los principales padecimientos, mientras que el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) estaba destinado a las intervenciones de alto costo de aquellas enfermedades que se consideraban empobrecedoras; por ejemplo, el cáncer de mama, el cáncer cérvico-uterino, los trastornos quirúrgicos congénitos, el VIH/sida, entre otras. Finalmente, el Seguro Médico Siglo XXI estaba destinado a atender enfermedades no cubiertas por las otras carteras, en niñas y niños menores de cinco años (Flamand y Moreno-Jaimes, 2014).

Los resultados de la implementación de esta política pública muy pronto llamaron la atención. Las evaluaciones realizadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) destacaron que, con el Seguro Popular, cerca de 50 millones de personas contaron con un esquema de aseguramiento público que antes no tenían (OCDE, 2016). Otros análisis revelaron que, entre 2000 y 2016, la población que reportó carecer de cobertura formal de salud pasó del 54.9 % al 6.2 % (Figura 2.2). Es decir, el número de personas que reportó no contar con seguro de salud ni público ni privado pasó de 54.6 millones de personas a 7.7 millones. En ese mismo período, la proporción de personas no aseguradas en todas las entidades federativas se redujo a menos del 10 % (Serván-Mori, Cerecero-García, et al., 2025) (Figura 4.2). Las consecuencias en cuanto a la protección financiera de los hogares también fueron positivas, pues la incidencia de gastos catastróficos por motivos de salud disminuyó del 3.9 % de los hogares en 2000 al 2.9 % en 2016 (Figura 4.1).

---

[1] En el 2009, la cuota social del gobierno federal correspondía al 3.92 % de un salario mínimo del Distrito Federal por persona afiliada, mientras que la aportación solidaria federal equivalía a 1.5 veces la cuota social y la aportación solidaria estatal a 0.5 veces. Las cuotas de las personas afiliadas dependían de la condición socioeconómica de sus hogares. Para los de menores ingresos correspondía a cero. En la práctica, estas cuotas prácticamente no se recolectaron y representaron una proporción diminuta del presupuesto total del Seguro Popular (Flamand y Moreno-Jaimes, 2014).

Figura 4.2. Distancia a la cobertura universal de aseguramiento en salud en México, 2000, 2018 y 2025



Fuente: elaboración propia. Se reporta la distancia a la cobertura universal de aseguramiento en salud (CUS) de las entidades federativas de México en 2000, 2018 y 2025. La distancia se normalizó en una escala de 0 a 100, tomando como referencias la cobertura estatal mínima de aseguramiento observada durante 2000-2025 (15.7 %, Oaxaca, 2001) y la cobertura estatal máxima, utilizada como frontera de CUS (97.3 %, San Luis Potosí, 2018). La distancia de cada estado se calculó a partir de la diferencia entre su cobertura observada en cada año y la frontera de la CUS. Valores más altos indican un mayor porcentaje faltante para alcanzar la CUS.

En la Figura 4.2, mostramos la distancia a la cobertura universal de aseguramiento de cada entidad federativa en 2000, 2018 y 2025. Los segmentos para 2000 muestran que Oaxaca era el estado más lejano de la cobertura universal (99.8 % de la población por asegurar) y Coahuila, el más avanzado (24.6 % de la población por asegurar). Los segmentos para 2018 muestran que todas las entidades federativas se habían acercado a la cobertura universal: la distancia nacional era del 4.9 % de la población por asegurar. Los segmentos para 2025 muestran un deterioro significativo en el avance hacia la cobertura universal: los mayores retrocesos se concentraron en entidades con alta marginación como Chiapas (76.6%), Puebla (65.4 %) y Guerrero (63.0 %).

La distancia a la cobertura universal de aseguramiento en salud permite identificar las desigualdades subnacionales. De hecho, el indicador revela la magnitud de la recuperación institucional necesaria: varios estados tendrían más que duplicar sus niveles actuales de cobertura pública para volver a los máximos anteriores. Los resultados también subrayan las asimetrías en las capacidades institucionales en todo el país, lo que destaca la necesidad de implementar estrategias diferenciadas en el territorio.

Envejecimiento del Seguro Popular (2012-2018)

El Seguro Popular formó parte de una reforma de "medio camino". Entre 2012 y 2018, como toda política pública de gran escala que atraviesa un ciclo de vida, demostró que no podía enfrentar los desafíos que se le presentaban, y se convirtió en un programa más bien desgastado (Knaul *et al.*, 2023). En 2012, la población con aseguramiento no contributivo, incluido el Seguro Popular, alcanzó su punto máximo de 42.2 millones de personas, un 35.7 % de la población total (Figura 2.2).

A partir de 2012, la cobertura empezó a reducirse y la protección financiera a erosionarse. El envejecimiento del Seguro Popular obedeció a diversas causas, aunque las fallas de diseño y las omisiones de política pública ocurridas entre 2012 y 2018 fueron cruciales.

Como ya mencionamos, la cartera de servicios del Seguro Popular se definió con paquetes explícitos: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) para el primer

y el segundo nivel, y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) para padecimientos de alto costo. Si bien el Causes creció de 91 intervenciones en 2004 a cerca de 294 en 2018, y el FPGC incorporó enfermedades complejas como el cáncer infantil y el de mama, el modelo acumuló algunas rigideces institucionales (Gómez-Dantés y Ortiz, 2004). La cartera no se propuso alcanzar la universalidad, pues había padecimientos de alta prevalencia con costos elevados que quedaron fuera del FPGC. Esto dejó a miles de familias sin protección financiera. Además, la mejora de los estándares de calidad en hospitales de tercer nivel, que pretendía la reforma, se construyó sobre marcadas asimetrías territoriales, pues algunos estados carecían de estas instituciones de alta especialidad, que se concentraron en las grandes ciudades. Finalmente, en el tratamiento de algunas enfermedades no se adoptaron procesos de cambio innovadores (Reich, 2020).

Entre 2012 y 2018, el Seguro Popular se convirtió en una reforma que ya no era capaz de adaptarse a los nuevos desafíos que se le presentaban al sistema de salud.

La reforma no incluyó mecanismos continuos de evaluación que le permitieran adaptarse (Knaul *et al.*, 2023; Reich, 2020). A nivel de gobernanza, la separación entre financiamiento federal y provisión descentralizada a los gobiernos de los estados no logró alinear los incentivos: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud transfería los recursos per cápita a los servicios estatales de salud, pero carecía de facultades de supervisión vinculantes (Flamand y Moreno-Jaimes, 2014; Nigenda *et al.*, 2015; Reich, 2020).

Esta debilidad institucional permitió que varios gobiernos estatales utilizaran los recursos del Seguro Popular, destinados originalmente a medicamentos e infraestructura, a cubrir nóminas operativas opacas y compromisos clientelares (Flamand y Moreno-Jaimes, 2014). A esto se sumó el estancamiento de la inversión pública en salud, como revela el capítulo 1, que no se logró avanzar a la falta de portabilidad efectiva de derechos entre los subsistemas y la incapacidad técnica para expandir la oferta médica al mismo ritmo acelerado con el que crecía el padrón de beneficiarias. Como el Seguro Popular no emprendió una renovación estructural que pudiera adaptarse, el modelo se agotó y empezó a deteriorarse.

En 2018, el número de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud, es decir, que superaron el 30 % de su capacidad de pago, aumentó a 2.7 % en los municipios con rezago social bajo o muy bajo y a 3.9 % en los de rezago alto o muy alto, frente

al 1.6 % y el 2.9 % de 2014, respectivamente (Figura 4.1). Los mayores incrementos se observaron en los hogares con rezago social medio. La reforma del Seguro Popular había dejado de cumplir su cometido.

El agotamiento del Seguro Popular y la creciente polarización que surgió en torno a su desempeño permitieron que, en 2019, con la llegada del presidente Andrés Manuel López Obrador, se impulsara una reforma radical, en lugar de una reforma incremental con objetivos concretos (Flamand *et al.*, 2024). La promesa de modificar radicalmente el sistema de salud se formuló incluso antes del inicio del gobierno. Durante su campaña presidencial y, posteriormente, en sus 100 compromisos como presidente, López Obrador anunció el establecimiento de un sistema universal de salud, con la desaparición del Seguro Popular y la creación, en su lugar, del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) para proveer servicios de salud a las personas sin seguridad social.

Una reforma radical: el Insabi y el IMSS-Bienestar

Desde la perspectiva del nuevo gobierno (2018-2024), el Seguro Popular personificaba la lógica de la mercantilización y la fragmentación del sistema. En el discurso oficial incluso se consideraba que "no era seguro ni popular", que operaba más como un esquema de financiamiento simulado, que servía como vehículo para el desvío de recursos en los gobiernos estatales y que realmente no había logrado cubrir a quienes estaban fuera del sistema (Leal Fernández, 2013). A partir de este diagnóstico, la nueva reforma optó por una ruptura institucional, en lugar de realizar cambios graduales.

Esta reforma tuvo tres atributos principales. (i) Establecía que el Insabi sería responsable tanto de la provisión como del financiamiento de los servicios de salud. (ii) A diferencia del Seguro Popular, que operó de manera descentralizada, el Insabi centralizó los recursos materiales, humanos e infraestructura de los servicios de salud que proporcionaban los gobiernos estatales. (iii) El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular se sustituyó por el Fondo de Bienestar en Salud (Altamirano y Flamand, 2025).

La reforma eliminó el proceso de afiliación e integró las funciones de financiamiento y provisión. El Seguro Popular requería la inscripción administrativa en un

padrón de beneficiarios. El Insabi, en cambio, estableció que el único requisito para recibir atención integral y medicamentos sería presentar una identificación oficial y la Clave Única de Registro de Población (CURP). De esta manera, se buscaba incluir a la población sin seguridad social sin barreras de acceso. Sin embargo, como revelan los datos sobre la disminución de la cobertura en salud (2018-2024) de diversas fuentes (Coneval, 2023; Serván-Mori *et al.*, 2025), en la práctica, las personas experimentaron esta transición como desprotección de su derecho a la salud.

La cartera de servicios que ofrecía el Insabi se convirtió en un serio problema de comunicación con las personas no aseguradas, pues desconocían qué servicios específicos ofrecía. A ello se sumó el desabasto de medicamentos. A diferencia de la cartera explícita y limitada de beneficios que definió el Seguro Popular, el Insabi adoptó un modelo de gratuidad universal ambiguo (Coneval, 2021). Aunque se determinó que el Insabi sería responsable de proporcionar servicios ambulatorios y de hospitalización, mas no servicios especializados, no se emitieron reglas de operación formales que especificaran su catálogo de servicios. Esta indefinición, que persistió durante todo su desempeño (Altamirano y Flamand, 2025), en la práctica se tradujo en una parálisis operativa (Reich, 2020).

El Seguro Popular había introducido una separación explícita de funciones: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) fungían como entidades públicas compradoras y aseguradoras de servicios, mientras que los servicios estatales de salud y los institutos especializados actuaban como prestadores. El Insabi disolvió esta frontera al asumir, de manera simultánea, el papel de administrador de los recursos financieros, comprador y gestor logístico de insumos, además de operador directo de la infraestructura hospitalaria en los estados adheridos (Knaul *et al.*, 2023).

De esta manera, mientras el Seguro Popular operó bajo un esquema descentralizado, el Insabi recentralizó el sistema de salud. Este nuevo modelo se propuso evitar la opacidad subnacional, retirando el control de los gobiernos estatales sobre la provisión de servicios de salud a la población sin seguridad social. Para hacer efectiva esta recentralización, el gobierno federal solicitó a cada gobierno estatal la firma voluntaria de convenios de coordinación. Estos convenios permitían a los gobiernos de los estados transferir de manera formal sus recursos, unidades médicas y personal al gobierno federal (Altamirano y Flamand, 2025).

Este mecanismo generó confrontaciones intergubernamentales y reveló el apoyo político que recibía la reforma. Mientras las entidades gobernadas por el mismo partido del presidente, el Movimiento de Regeneración Nacional (Morena), cedieron rápidamente el control de sus sistemas de salud, varios gobiernos de oposición (estados no adheridos, como Jalisco, Coahuila y Guanajuato) se resistieron a transferir sus recursos y la gestión de los servicios, por lo que optaron por una coordinación parcial (Flamand *et al.*, 2026b). Esto fraccionó aún más la gobernanza del sector público de la salud y generó incertidumbre respecto a quién ejercería la rectoría del sistema y a cómo se organizaría el nuevo subsistema de protección para las personas sin seguridad social contributiva (Coneval, 2021).

El éxito de la aprobación legislativa de la reforma de 2019 no se transformó en políticas efectivas encaminadas a la cobertura universal en salud. Esto se explica por la falta de capacidades especializadas que orientaran las reformas, de propuestas técnicas fundamentadas y de una gestoría de política que las llevara a buen puerto (Flamand *et al.*, 2026a).

Una vez que se propuso la creación del Insabi, no se difundió un diagnóstico público que permitiera dimensionar a cabalidad los problemas del sistema de salud y, por tanto, orientara la ruta de la nueva reforma. Además, la publicación de los documentos oficiales que estipulaban la operación y definían el modelo de salud se retrasó durante años. En el plano estatal, como revelan varias investigaciones, la implementación se complicó debido a las capacidades heterogéneas de los gobiernos estatales, así como a la incertidumbre sobre la planeación y la distribución de responsabilidades y recursos (Coneval, 2021, 2023; Flamand *et al.*, 2026a). De hecho, los incrementos moderados en el presupuesto del sector salud se explican más por la atención a la pandemia de covid-19 que por la voluntad de fortalecer la implementación de la nueva reforma.

El desabasto de medicamentos e insumos para la salud llevó a los hogares mexicanos a asumir gastos de bolsillo.

La reforma, además, no contó con la conducción de personas con experiencia y capacidad para organizarla y sostenerla en el tiempo. En general, desde sus inicios se percibió que la reforma carecía de liderazgo técnico y que la capacidad burocrática era tan heterogénea que la coordinación se tornó aún más compleja, como revelan casi 30 entrevistas con actores protagónicos del sistema de salud, que se

realizaron entre 2024 y 2025 (Flamand *et al.*, 2026a) y una encuesta con trabajadores de la salud en tres entidades federativas que concluyó en 2026 y está próxima a publicarse (Flamand *et al.*, 2026b).

Los primeros resultados preocupantes del Insabi se observaron en la cobertura de salud: en 2022, las proporciones de hogares no asegurados aumentaron drásticamente hasta alcanzar el 26.2 % y el 31.4 % en 2024 (Figura 2.1). Las mayores pérdidas de cobertura se registraron en los estados del sur del país y entre los grupos históricamente marginados.

Durante la creación del Insabi, el gobierno federal decidió desmantelar el mecanismo de compras públicas de medicamentos que funcionaba desde el IMSS, y retiró a las empresas distribuidoras privadas con el argumento de abatir la corrupción. La responsabilidad de consolidar las compras y planificar la distribución de medicamentos para todo el sector público federal y los gobiernos estatales adheridos se transfirió al Insabi, que no contaba con las capacidades ni los recursos financieros para desempeñar esa función. Desde entonces, los medicamentos empezaron a escasear en mayor medida en todas las unidades de las instituciones públicas de salud: de acuerdo con los últimos datos, en 2023, había 7.5 millones de recetas no surtidas en las instituciones públicas de salud (Gómez-Dantés, 2025).

Otro de los efectos de la transición hacia el Insabi fue un retroceso grave y significativo en la protección financiera. Como se muestra en la Figura 2.3, a nivel nacional la incidencia de gastos excesivos, que incluyen los gastos catastróficos y los gastos empobrecedores, aumentó entre 2014 y 2024 un 73 %, alcanzando niveles sin precedentes. En el gasto catastrófico se observó una tendencia similar: alcanzó su nivel más alto en los hogares con aseguramiento mixto (público y privado), al pasar del 2 % en 2014 al 3.3 % del número total de hogares en 2023 (Cerecero-García *et al.*, 2026). El principal detonante de estos cambios fue, precisamente, el desabasto de medicamentos e insumos para la salud que llevó a los hogares mexicanos a incurrir en gastos de bolsillo no planeados para conseguirlos.

Ante este panorama, en 2023, la Cámara de Diputados aprobó una reforma legal que extinguió formalmente al Insabi. Después de apenas 40 meses de vida, el gobierno federal transfirió las funciones y los recursos que se le habían asignado al Insabi a un organismo público distinto: el Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar). Lo que se anunció como una cruzada moral para

combatir la corrupción en el sector salud y garantizar la atención universal causó, a final de cuentas, una severa crisis sanitaria: más de 30.3 millones de personas perdieron el acceso a los servicios de salud y la protección financiera asociada.

¿Y el Servicio Universal de Salud (2026)?

El 7 de abril de 2026, la presidenta Claudia Sheinbaum anunció la creación del Servicio Universal de Salud (SUS) en su conferencia matutina. Con esta nueva reforma, el gobierno federal busca cumplir el objetivo 2.7 del Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030, y el objetivo 1 del Programa Sectorial de Salud 2025-2030. El primero se enfoca en "...garantizar el derecho a la salud para toda la población mexicana mediante la consolidación y modernización del sistema de salud, con un enfoque de acceso universal que cierre las brechas de calidad y oportunidad, protegiendo el bienestar físico, mental y social de la población" (Poder Ejecutivo Federal, 2025). El segundo busca "garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población" (Secretaría de Salud, 2025).

Para alcanzar estos objetivos, el gobierno ha propuesto desarrollar una red integrada donde intercambien servicios todas las instituciones públicas que prestan servicios de salud en México. Esta red se encargará de brindar atención médica a quien la solicite. Esto implica que, en lugar de modificar las instituciones ya existentes o crear nuevas, la población podrá recibir servicios de salud en cualquier lugar (IMSS, ISSSTE, servicios de salud de Pemex e IMSS-Bienestar), sin importar su afiliación y sin incurrir en pagos adicionales (Reich, 2026). La meta es garantizar, de manera gradual, el acceso equitativo a los servicios de salud; en otras palabras, alcanzar la cobertura universal.

Conviene notar que el intercambio no incluye todos los servicios. En enero de 2027 iniciará la primera etapa que incluirá la atención universal de urgencias, los embarazos de alto riesgo, el código infarto, las urgencias cerebrovasculares, el tratamiento ambulatorio de ciertos padecimientos (insuficiencia renal crónica, cáncer, trasplante, infección por VIH o hemofilia), la vacunación universal y las consultas de atención primaria. La segunda etapa, que comenzará en julio de 2027, incorporará los análisis de laboratorio y de gabinete.

Esta red de coordinación e integración es, entonces, un primer paso para construir el Servicio Universal de Salud. En ella participarán tanto instituciones públicas federales como los servicios de salud estatales que decidan formar parte del programa. La Secretaría de Salud fungirá como rectora del nuevo sistema. Es decir, a la red se incorporarán el IMSS, el ISSSTE, el IMSS-Bienestar, los servicios médicos de Pemex, los hospitales federales de referencia, los institutos nacionales de salud, las unidades médicas a cargo de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y los servicios públicos de salud afiliados.

La implementación del SUS comenzó con dos instrumentos: una credencial de identidad nacional y un expediente electrónico unificado. La credencial permitirá el acceso a cualquier institución de servicios de salud, mientras que el expediente electrónico unificado facilitará, para las y los pacientes, el acceso por medio de una aplicación móvil, y, para el personal médico, el intercambio de información para realizar diagnósticos más precisos, dar continuidad a los tratamientos y hacer más eficiente el uso de los recursos públicos entre las instituciones.

Alcanzar la cobertura universal sin incrementar de manera sustantiva el presupuesto destinado a la salud es casi imposible.

Otros componentes sustanciales del SUS son el tabulador único de tarifas y el mecanismo de pago único, que permitirán a las instituciones reembolsarse entre sí los servicios prestados a sus personas afiliadas (Reich, 2026). Por ejemplo, si una persona afiliada al IMSS-Bienestar se atiende en un hospital del ISSSTE, la primera tendría que pagar a ese instituto los servicios prestados. Desde luego, establecer precios comunes entre instituciones que ofrecen salarios y prestaciones muy heterogéneos será un desafío enorme.

La creación del Servicio Universal de Salud ha recibido una acogida diversa entre las personas especialistas. En particular, preocupa que no se contemplen nuevas formas de financiamiento ni fondos públicos adicionales que garanticen su operatividad; por el contrario, los organismos que integran el SUS tendrán que funcionar con los mismos recursos con los que contaban antes. Aunque el proyecto del presupuesto de egresos federal de 2027 plantea un incremento del 10.6 % en salud respecto a 2026, la inversión pública alcanza el 2.9 % del PIB (CIEP, 2026), un porcentaje que difícilmente permitirá que el SUS crezca en cobertura o en la calidad de los servicios.

En un sistema que padece un grave déficit de financiamiento, la propuesta de alcanzar la cobertura universal en salud sin incrementar de manera sustancial los recursos parece casi imposible. Como se muestra a lo largo de este informe, la falta de financiamiento afecta la calidad de la atención, las condiciones de trabajo del personal de salud, la disponibilidad de medicamentos e insumos, así como el equipamiento y la infraestructura. Es evidente que entregar credenciales a las personas no resultará en una mayor cobertura y protección financiera frente a gastos catastróficos y empobrecedores. Al contrario, incluso existe el riesgo de que el padrón de personas inscritas no refleje con precisión el número de personas que realmente tienen acceso a los servicios.

Además, en un país donde el gasto de bolsillo y los gastos excesivos por motivos de salud han crecido de manera significativa, el déficit presupuestario del sistema de salud continuará afectando directamente el bienestar de las personas. Es probable que, ante la incapacidad de respuesta del sector público, las y los mexicanos continúen utilizando los servicios privados, lo que provocará que persistan los niveles de desprotección financiera en todo el país, aunque de manera más alarmante en los municipios más vulnerables (Serván-Mori y Gómez-Dantés, 2026).

Hay otros retos importantes que enfrenta la reforma. Para empezar, existen dudas sobre cómo se definirán las tarifas de intercambio de servicios entre instituciones, cuál será el papel del sector privado, qué implicaciones hay para los sindicatos y si se cuenta o no con su apoyo, cómo se sortearán las brechas del gasto público en salud, pues se asignan más fondos a la población con seguridad social que a la que no tiene seguro, y cómo se logrará que la población reconozca y se apropie del SUS (Reich, 2020; Castañeda Prado, 2026).

El gobierno de la presidenta Sheinbaum había mostrado un interés sostenido en proteger la salud de las personas mediante iniciativas concretas; ahora ha emprendido un esfuerzo ambicioso para abatir la fragmentación del sistema que afecta tanto la salud como el bolsillo de las personas, especialmente de las más vulnerables. A pesar de los avances de la reforma, habrá que esperar a su implementación y a sus primeros resultados para determinar si el Servicio Universal de Salud logra solucionar los problemas más acuciantes del sector: la fragmentación sistémica y el desfinanciamiento persistente.

Referencias

Altamirano, M. y Flamand, L. (2025). Entre el universalismo y la recentralización: La política social del gobierno de López Obrador en México (2018-2024). *Foro Internacional*, *65*(3), 617–658. https://www.scielo.org.mx/pdf/fi/v65n3/0185-013X-fi-65-03-617.pdf

Becerril-Montekio, V., Meneses-Navarro, S., Pelcastre-Villafuerte, B. E. y Serván-Mori, E. (2024). Segmentation and Fragmentation of Health Systems and the Quest for Universal Health Coverage: Conceptual Clarifications from the Mexican Case. *Journal of Public Health Policy*, *45*(1), 164–174. https://doi.org/10.1057/s41271-024-00470-9

Castañeda Prado, A. (2026, 27 de agosto). Servicio Universal de Salud: ¿universalizar la escasez? *Nexos*. https://salud.nexos.com.mx/servicio-universal-de-salud-universalizar-la-escasez/

Cerecero-García, D., Gómez-Dantés, O., Hone, T., Pineda-Antúnez, C., Mohar-Betancourt, A., Flamand, L. y Serván-Mori, E. (2026). Catastrophic and Impoverishing Health Expenditures in Fragmented Public Health Systems: Lessons from Mexico, 2000-2022. *Health Economics Review*, *16*(22), 1-17. https://doi.org/10.1186/s13561-026-00717-z

Cerecero-García, D., Gonçalves, J., Serván-Mori, E., Flamand, L., Gómez-Dantés, O., Millett, C. y Hone, T. (2026). The Dismantlement of Seguro Popular in Mexico: A Quasi-Experimental Impact Evaluation on Non-Communicable Disease Management and Admissions (2018-2024). [Manuscrito inédito].

Chertorivski-Woldenberg, S. (2011). Seguro Popular: Logros y perspectivas. *Gaceta Médica de México*, *147*(6), 487-496.

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. [CIEP]. (2026). *Implicaciones del paquete económico 2027*. https://paqueteeconomico.ciep.mx/

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [Coneval]. (2021). *Estudio sobre el derecho a la salud 2021: Un análisis cualitativo de las transformaciones recientes en el sistema de salud mexicano*.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [Coneval]. (2023). *El derecho a la salud para las entidades federativas de México: Compendio de indicadores para su diagnóstico.*

Flamand, L., *et al.* (2026a). *AMLO and His Health Reform Towards UHC: Why Is Political Will not Enough to Alleviate Fragmentation* [Manuscrito inédito].

Flamand, L., *et al.* (2026b). *The Same Party, But Different Strategies. Health System Planning in the First Year of the AMLO (2019) and Sheinbaum (2025) governments* [Manuscrito inédito].

Flamand, L., Gómez-Dantés, O., Losada-Trujillo, N., Pinto, D., Serván-Mori, E., Cerecero-García, D. y Mazumdar, S. (2024). Strengthening the Resilience of Objective-Oriented Health System Reforms: Analysis of the Left-Turn in the Health Reform Proposals in Mexico (2019) and Colombia (2023). *Health Systems & Reform*, *10*(3), Artículo 2461096. https://doi.org/10.1080/23288604.2025.2461096

Flamand, L. y Moreno-Jaimes, C. (2014). *Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de política pública*. Centro de Investigación y Docencia Económicas.

Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O. y Knaul, F. M. (2003). Evidence-Based Health Policy: Three Generations of Health Reform in Mexico. *The Lancet*, *362*(9396), 1667-1671. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14803-9

Gómez-Dantés, O., Flamand, L., Cerecero-García, D., Morales-Vazquez, M. y Serván-Mori, E. (2023). Origin, Impacts, and Potential Solutions to the Fragmentation of the Mexican Health System: A Consultation with Key Actors. *Health Research Policy and Systems, 21*(1), 80. https://doi.org/10.1186/s12961-023-01025-2

Gómez-Dantés, O. (2025, 23 de septiembre). *Siete años sin medicamentos y contando. Nexos*. https://www.nexos.com.mx/siete-anos-sin-medicamentos-y-contando/

Gómez-Dantés, O. y Ortiz, M. (2004). Seguro Popular de Salud: Siete perspectivas. *Salud Pública de México*, *46*(6), 585-596. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6580

Grogger, J., Arnold, T., León, A. S. y Obert, K. (2015). Heterogeneity in the Effect of Public Health Insurance on Catastrophic Out-Of-Pocket Health Expenditures: The Case of Mexico. *Bulletin of the World Health Organization*, *93*(8), 593-599. https://doi.org/10.1093/heapol/czu037

Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Touchton, M., McDonald, T., Blofield, M., Ávila Burgos, L. y Frenk, J. (2023). Setbacks in the Quest For Universal Health Coverage in Mexico: Polarised Politics, Policy Upheaval, and Pandemic Disruption. *The Lancet*, *402* (10404), 803-820. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00777-8

Leal Fernández, G. (2013). ¿Protección social en salud? Ni «seguro», ni «popular». *Estudios Políticos*, (28), 163-193. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162013000100009

Méndez, J. S. (2024, 5 de diciembre). *Gasto para salud en 2025: Recortes en hospitales y para población sin seguridad social*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). Disponible en https://ciep.mx/wp-content/uploads/2024/11/Gasto-para-salud-en-2025.-Recortes-en-hospitales-y-para-la-poblacion-sin-seguridad-social.pdf

Nigenda, G., Wirtz, V. J., González-Robledo, L. M. y Reich, M. R. (2015). Evaluating the Implementation of Mexico's Health Reform: The Case of Seguro Popular. *Health Systems & Reform*, *1*(3), 217-228. https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1031336

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264265523-es

Poder Ejecutivo Federal. (2025). Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030. *Diario Oficial de la Federación* (DOF). https://dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo%3D5755162%26fecha%3D15/04/2025%23gsc.tab%3D0#gsc.tab=0

Reich, M. R. (2020). Restructuring Health Reform, Mexican Style. *Health Systems & Reform*, *6*(1), Artículo e1763114. https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1763114

Reich, M. R. (2026). El Servicio Universal de Salud visto desde el norte. *Nexos*. https://salud.nexos.com.mx/el-servicio-universal-de-salud-visto-desde-el-norte/

Secretaría de Salud. (2025). Programa Sectorial de Salud 2025-2030. *Diario Oficial de la Federación* (DOF). https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5767240

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Meneses-Navarro, S., Hone, T., Mohar-Betancourt, A. y Gómez-Dantés, O. (2025). Health Insurance Coverage in Mexico: Progress, Inequalities and Remaining Challenges Towards UHC2030. *Health Research Policy and Systems*, *23*, Artículo 145. https://doi.org/10.1186/s12961-025-01405-x

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D. y Gómez-Dantés, O. (2026). *Losing Financial Protection on the Road to UHC: Inverse Equity in the Redesign of Mexico's Health-System, 2000-2024* [Manuscrito enviado para publicación].

Serván-Mori, E. y Gómez-Dantés, O. (2026). El costo de enfermar, sin freno. *Nexos*. https://salud.nexos.com.mx/el-costo-de-enfermar-sin-freno/

EL IMSS

Abel Morales ganaba tres pesos diarios como encargado de un billar en la colonia Morelos de la Ciudad de México. Una mañana del verano de 1943 llegó a las oficinas del IMSS en la calle de 16 de Septiembre, y se registró como su primer derechohabiente: le tocó la credencial 00001. En las oficinas se pusieron tan contentos que el director general del Instituto, Vicente Santos Guajardo, lo invitó a su oficina para platicarle sobre los beneficios que le otorgaba su afiliación.

Esa alegría no era gratuita: los primeros meses del IMSS transcurrían a contracorriente. Decenas de patrones tramitaban amparos para no pagar las cuotas de afiliación al IMSS y los trabajadores no acudían a afiliarse porque todavía no comprendían sus beneficios. México tenía poco menos de 20 millones de habitantes. El 46 % de los mayores de 10 años no sabía leer ni escribir y en seis de cada diez casas, la mayoría de adobe, no había agua potable.

Ante ese panorama, el presidente Manuel Ávila Camacho (1940-1946) optó por enviar a uno de los políticos más experimentados para encabezar el IMSS: Ignacio García Téllez, su secretario del Trabajo y Previsión Social. García Téllez era el indicado para la tarea. En el sexenio anterior, el presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940) le había solicitado al propio García Téllez, entonces secretario de Gobernación, que encabezara la comisión encargada de redactar la ley para la seguridad social. Pero el sexenio de Cárdenas había sido demasiado convulso: se había deshecho del Maximato, había enfrentado más de 600 huelgas al año y había decretado la expropiación petrolera. No le había alcanzado el tiempo para echar a andar ese proyecto.

Así que ese proyecto cardenista lo había concretado su sucesor, el presidente Ávila Camacho, con la promulgación de la ley del Seguro Social, el 19 de enero de 1943. Al nacer, el IMSS recibió un cheque por 100 mil pesos del gobierno federal. Se instauró con una estructura tripartita, sostenida por las aportaciones de gobierno, trabajadores y patrones, y nombró a Vicente Santos Guajardo como su primer director.

Durante sus primeros años, el IMSS apenas tenía consultorios. Subrogaba los servicios médicos privados para la atención de sus derechohabientes. Pero muy pronto entró en su fase de expansión. Desde 1945 se empezó a construir la Clínica de Maternidad número 1, hoy Hospital General Regional número 1 "Carlos MacGregor Sánchez Navarro", y ese mismo año se empezó a planear el proyecto del primer hospital de zona en La Raza.

Ochenta años después, en 2023, el IMSS reportaba que cada día ofrecía 336 mil consultas de medicina familiar, 72 mil de especialidades y 45 mil atenciones en urgencias, entre muchas otras acciones, en mil 535 unidades de medicina familiar, 209 hospitales generales de zona, 28 hospitales generales regionales y 25 unidades médicas de alta especialidad.

Fuente: Coello Garcés, C., y Marengo Camacho, J. (2023). Primeras visiones de la seguridad social en México (1890-1938). En Instituto Mexicano del Seguro Social (Ed.), *80 años de historia* (Vol. 1, pp. 25-41). https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/coleccion-80/L1-80-Anos-de-Historia.pdf

FUNDACIÓN DEL ISSSTE

A finales de la década de los cincuenta, el Estado mexicano demostró que las grandes reformas sociales son posibles y exitosas cuando existe una planeación adecuada y una ejecución firme. La creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuya ley se publicó a finales de 1959 para iniciar operaciones el primero de enero de 1960, representa un episodio esperanzador en la historia del país.

Esta institución no surgió por arte de magia; su origen está ligado de manera estrecha a las luchas sindicales y a la presión política constante de agrupaciones

como la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE). Al exigir protección real, los movimientos obreros obligaron al gobierno a replantear la seguridad social. La iniciativa del presidente Adolfo López Mateos se justificó con un argumento muy poderoso: la relación entre los trabajadores y los empresarios tiene como motor el "lucro", mientras que el vínculo entre el Estado y sus servidores públicos persigue el "interés general". Por ello, el gobierno debía corresponder con una protección máxima.

Bajo este principio, el ISSSTE rebasó por completo la concepción estrictamente médica de la salud. Su diseño buscaba mejorar la vida de manera plena, con un catálogo inicial de catorce prestaciones para arropar al servidor público y a sus dependientes en todas las etapas de su existencia. Esta red de apoyo abarcó los momentos de mayor vulnerabilidad: el instituto clasificó la incapacidad en total y parcial, e instauró el derecho al sueldo íntegro ante inhabilitaciones definitivas. Asimismo, el régimen de pensiones amplió la tranquilidad familiar: por primera vez, si un trabajador inhabilitado fallecía, su pensión por invalidez se transfería a sus deudos. En el pasado, esa protección se anulaba y la familia solo recibía una compensación de seis meses.

La institución garantizó la atención médica y hospitalaria, pero también impulsó el desarrollo cultural, la recreación y el deporte con centros vacacionales y campos deportivos. Además, protegió la economía familiar con la apertura de tiendas y almacenes. En materia habitacional, el instituto facilitó el acceso a una vivienda digna de dos formas: otorgó créditos hipotecarios y asumió la labor de construir casas para venderlas a los trabajadores a precios módicos. Con todo esto, el ISSSTE se consolidó como un modelo ejemplar que transformó por completo las condiciones de vida de miles de familias.

Fuentes: Carrillo Castro, A. (1987). El ISSSTE: La salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado. *Revista de Administración Pública,* núm. 69-70, pp. 171-180.

Yunes Linares, M. (coord.) (2009). *La reforma del ISSSTE: un cambio necesario*. ISSSTE.

CONCLUSIONES

Reparaciones finales. El camino a la cobertura universal en salud

Este informe lleva el título de *Salud quebrada* porque reconoce que la fragmentación es uno de los problemas más graves del sistema público de salud en México. Para empezar, divide a la población entre quienes tienen derecho a la salud vía la seguridad social y quienes no lo tienen: una división injusta de por sí, porque precariza aún más a las personas sin empleo registrado, más de la mitad de las personas que trabajan en México. Históricamente, el Estado mexicano ha gastado más en las personas con seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSFAM y Pemex), quienes tienen acceso —al menos en el papel— a servicios con mayor cobertura, oportunidad y calidad.

México gasta poco y mal

A pesar de las diversas reformas del último cuarto de siglo, el sistema de salud mexicano padece una carencia estructural de recursos que le impide cumplir su cometido constitucional de proteger la salud. Se trata de un sistema que no solo gasta poco, sino que lo hace de manera profundamente desigual, privilegiando en tendencia histórica a la población con seguridad social. México destina apenas el 5.5 % de su PIB a la salud. De eso, solo el 2.8 % proviene del gasto público, muy por debajo del 6 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta insuficiencia financiera crónica se traduce en consecuencias funestas tanto para la infraestructura de unidades médicas como para las condiciones laborales del personal de la salud.

Para millones de personas sin seguridad social, la cruda realidad se resume en esa frase triste y demoledora recogida en esta investigación: “no tengo derecho a enfermarme”. Al carecer de una red de protección efectiva, las personas se privan de atención médica o posponen la atención lo más posible. Retrasan el cuidado hasta

que la enfermedad les impide trabajar o se ven forzadas a acudir al sector privado, y asumen gastos de bolsillo que pueden llevar a sus familias a la ruina.

Esta escasez de inversión gubernamental tiene un impacto directo en los recursos físicos disponibles. Con apenas 1.1 camas por cada mil habitantes y una disponibilidad de equipos de alta tecnología (como tomógrafos o unidades de radioterapia) muy inferior a los promedios regionales y de la OCDE, el sistema somete a las y los pacientes a tiempos de espera indignos. A la par, las graves deficiencias de abasto en las clínicas públicas obligan a las personas usuarias a asumir estos pagos, lo que genera uno de los gastos de bolsillo más altos de América Latina.

Tres de cada cuatro integrantes del personal médico y dos tercios del personal de enfermería trabajan desprotegidos: sin contratos estables, con salarios bajos y jornadas excesivas.

Sin embargo, el rostro más vulnerado por este déficit es el capital humano. El país opera con una notoria escasez de personal —especialmente en enfermería, con menos de una tercera parte de los profesionales que promedia la OCDE—, pero, sobre todo, ha normalizado la precarización laboral. Hoy, tres de cada cuatro integrantes del personal médico y poco más de dos tercios del personal de enfermería trabajan desprotegidos: sin contratos estables, con salarios bajos y jornadas excesivas. Esta precariedad golpea con especial dureza a las mujeres, quienes enfrentan ingresos más bajos y asumen dobles cargas de cuidado sin remuneración.

Caída de la cobertura, aumento de los gastos empobrecedores

México llegó al siglo XXI con casi el 60 % de sus hogares sin cobertura. Para 2016, esa cifra se había reducido al 8.3 % (Figura 2.1). Esta expansión del aseguramiento tuvo aún mayor intensidad en los hogares ubicados en municipios de alto y muy alto rezago. Solo por resaltar dos cifras: en 2004, estos hogares carecían de cobertura en un 82 %; para 2018 solo permanecían sin aseguramiento el 6.2 % de los hogares en estos municipios carecían de cobertura en un 82 %; para 2018 solo permanecían sin aseguramiento el 6.2 % de los municipios con mayores índices de rezago. En esta etapa, que coincide con la consolidación del Seguro Popular, los estados más beneficiados fueron Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

En 2024 las cifras se habían revertido. Los hogares sin aseguramiento alcanzaban el 31.4 % y, en los municipios de alto y muy alto rezago social se duplicaban al 62.7 %.El correlato de estos números está en la desprotección financiera. Entre 2000 y 2014 los gastos excesivos en salud —aquellos que afectan a las familias y pueden llevarlas a la ruina— se redujeron casi a la mitad. A partir de 2014, la tendencia empezó a revertirse y, para 2024, este indicador estaba, otra vez, cercano a los niveles de 2000: un cuarto de siglo de retroceso. Eso significa que 5.7 millones de hogares habían caído en gastos catastróficos o empobrecedores, sobre todo en aquellos estados con mayores índices de pobreza como Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Diabetes y muerte materna, fuera de control

El manejo de enfermedades crónicas, como la diabetes, ofrece una primera muestra de este declive. Aunque la mayoría de los pacientes recibe tratamiento, apenas un tercio logra mantener su enfermedad bajo control, una cifra muy lejana a los estándares internacionales. Los datos revelan que el desmantelamiento del Seguro Popular y su transición hacia el Insabi y el IMSS-Bienestar tuvieron un impacto clínico directo. Estos cambios provocaron un repunte del 14.8 % en las hospitalizaciones evitables y una caída en la proporción de pacientes controlados, castigando con mayor dureza a los municipios con altos niveles de pobreza y población indígena.

El costo de la fragmentación resulta aún más dramático al analizar la mortalidad materna. Tras casi dos décadas de reducciones consistentes, este indicador sufrió un repunte drástico a partir de 2019, incluso antes de la pandemia de covid-19. Para 2021, el país retrocedió a niveles de mortalidad que no se veían desde 1990. Lo más alarmante es que el mayor deterioro se gestó en las instituciones de seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE, las cuales históricamente protegían mejor a sus afiliadas. El declive de sus servicios fue de tal magnitud que, entre 2019 y 2021, registraron un riesgo de muerte materna superior al de la población sin seguridad social.

Por su parte, el análisis de la atención del cáncer de mama desnuda las abismales desigualdades en el diagnóstico. El sector privado detecta más casos en etapas tempranas que la seguridad social, y la cifra es aún más desoladora para la población no asegurada, donde la metástasis inicial es seis veces más frecuente.

Finalmente, la crisis generalizada se evidencia en la tasa de mortalidad evitable. México supera las 400 muertes por cada 100 000 habitantes, lo cual casi duplica los indicadores promedio de los países de la OCDE. Peor aún, dentro del país, las brechas se ensanchan: la recuperación pospandemia dejó rezagada a la población sin seguro de salud, y habitar en zonas de alta marginación elevó el riesgo de morir de forma prevenible o tratable.

Las reformas afectaron la salud y los bolsillos

A principios de siglo, alrededor del 55 % de la población carecía de cobertura formal de salud y el sistema presentaba una profunda inequidad regional. Para mitigar estas deficiencias, en 2003 se aprobó la creación del Seguro Popular, que transformó radicalmente la dinámica de atención. Este esquema voluntario, financiado mediante subsidios federales y estatales, integró un catálogo explícito de servicios e intervenciones de alto costo. Sus resultados iniciales fueron muy positivos. Entre 2000 y 2016, la proporción de hogares sin aseguramiento disminuyó drásticamente del 56.7 % al 8.3 %, y beneficiaba principalmente a las comunidades rurales e indígenas de los estados más pobres. Asimismo, los gastos excesivos por motivos de salud descendieron de manera significativa, lo que representó un alivio para la economía familiar.

La crisis se evidencia en la mortalidad evitable: México supera las 400 muertes por cada 100 000 habitantes, lo cual casi duplica los indicadores promedio de los países de la OCDE.

No obstante, a partir de 2012, el Seguro Popular comenzó a mostrar signos de envejecimiento institucional. La falta de mecanismos continuos de evaluación, la incapacidad para expandir la oferta médica al ritmo de la afiliación y la gobernanza descentralizada, que permitió la opacidad y el uso indebido de recursos a nivel estatal, erosionaron sus logros. Para 2018, los gastos catastróficos y empobrecedores repuntaron, sobre todo, en los hogares con rezago social medio.

En 2019, se impuso su desmantelamiento para crear el Insabi. Esta nueva institución centralizó los recursos y eliminó el padrón de afiliación con una promesa de gratuidad absoluta que carecía de viabilidad financiera y de planeación técnica. El resultado fue una severa crisis sanitaria, exacerbada por la pandemia de covid-19

y por la desaparición del sistema de compra consolidada de medicamentos. La población sin cobertura médica escaló hasta el 31 % en 2025 y la incidencia de gastos excesivos se disparó en un 73 %. Ante este rotundo fracaso, el Insabi fue extinguido prematuramente y sus funciones se transfirieron al IMSS-Bienestar.

Como respuesta a esta crisis institucional, en abril de 2026, el gobierno de la presidenta Sheinbaum decretó la creación del Servicio Universal de Salud. Esta iniciativa propone articular una red integrada con las instituciones públicas mediante diversas herramientas: un expediente electrónico compartido, un tabulador único de tarifas y una credencial nacional. El proyecto no contempla un aumento sustantivo del financiamiento público, el cual permanece estancado en el 2.9 % del PIB. Expandir un padrón interinstitucional sin proveer recursos adicionales al equipamiento, la infraestructura y el personal médico conlleva el riesgo de perpetuar la simulación.

En conclusión, el sistema mexicano necesita diseñar e implementar un conjunto de estrategias de corto, mediano y largo plazos. Las tres estrategias que proponemos para atender los problemas coyunturales más graves son las siguientes:

Consolidar el IMSS-Bienestar en los estados

Con trabajo conjunto entre el gobierno federal y los estados, es apremiante consolidar las reformas del IMSS-Bienestar que ahora atienden a las personas sin seguridad social. El tránsito del Seguro Popular al Insabi y, después, al IMSS-Bienestar modificó de manera repetida las reglas de operación, las estructuras administrativas y los mecanismos de prestación de servicios.

El desafío ahora es hacer funcionar y consolidar la institución que se ha construido. El IMSS-Bienestar puede contribuir a resolver tres problemas centrales: ampliar la cobertura efectiva, mejorar la calidad de la atención y recuperar la confianza de la población. Esto exige estabilidad institucional, reglas claras sobre las responsabilidades de los gobiernos involucrados, inversión sostenida y mecanismos transparentes de evaluación del desempeño.

La cobertura universal en salud es un objetivo muy ambicioso. En términos estrictos, supone el acceso universal e igualitario a servicios integrales de salud de alta calidad con protección financiera. Este objetivo no se construirá creando instituciones

nuevas cada sexenio, sino fortaleciendo las que ya existen y otorgándoles las reglas, el tiempo y los recursos necesarios para que funcionen de manera adecuada.

Fortalecer la capacidad preventiva

Un sistema de salud debe prevenir los riesgos que determinan la demanda futura de atención. No puede limitarse a atender las enfermedades una vez que se han producido. Una prioridad ineludible es enfrentar el sobrepeso y la obesidad, probablemente el principal riesgo para la salud de la población mexicana y uno de los mayores desafíos para el sistema de salud. Estas condiciones afectan a más del 70 % de las personas adultas y alimentan una proporción creciente de los casos de diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Construir o ampliar la infraestructura y contratar más personal es indispensable, pero no suficiente si no actuamos sobre las causas de la creciente demanda de atención.

Consolidar el IMSS-Bienestar exige estabilidad institucional, inversión sostenida y evaluación para recuperar la confianza de la población.

La estrategia de atención preventiva requiere un enfoque intersectorial con iniciativas que promuevan la actividad física y la alimentación saludable, regulen la publicidad y venta de bebidas azucaradas y alimentos chatarra, así como medidas de política fiscal muy asertivas. También, desde luego, los mecanismos rigurosos y transparentes de monitoreo y evaluación son indispensables.

Reconstruir y especializar el sistema de abasto de medicamentos

Pocas experiencias deterioran tanto la confianza en un sistema de salud como acudir a una unidad médica y descubrir que el medicamento recetado no está disponible. Cuando esto ocurre, el paciente se ve obligado a comprarlo en el sector privado o a interrumpir su tratamiento.. La crisis de los últimos años ha demostrado que el abasto de medicamentos no es un asunto administrativo secundario. La provisión efectiva de medicamentos es una función esencial del sistema de salud y un componente básico de la protección financiera.

México necesita construir una cadena de abastecimiento completa y profesional que articule la estimación de necesidades, la compra transparente y oportuna, la implementación de sistemas modernos de información sobre inventarios y una distribución eficiente. Esta última podría apoyarse en las capacidades logísticas del sector privado. La disponibilidad de medicamentos no puede depender de cambios institucionales recurrentes ni de soluciones improvisadas.

Las medidas de mediano plazo que proponemos se refieren a incrementar el gasto público y construir un pacto nacional por la cobertura universal en salud.

Alcanzar el 3.5 % del PIB en 2030 y el 6 % en 2043

México no podrá resolver sus problemas simplemente reorganizando las instituciones existentes. Una mejor organización puede aumentar la eficiencia, pero no puede sustituir de manera indefinida los recursos que faltan. Como mostramos, el gasto público en salud ha sido insuficiente para atender las crecientes necesidades del país. Sus consecuencias son visibles: déficit de infraestructura, equipos obsoletos, escasez de personal, precarización laboral y desabasto de medicamentos.

Incrementar la inversión pública es una condición indispensable para recuperar las capacidades perdidas y ampliar la oferta de servicios. La meta debería ser alcanzar un gasto equivalente al 3.5 % del PIB en 2030 y avanzar gradualmente hasta el 6 %, nivel recomendado por la Organización Mundial de la Salud, en 2043, en el centenario de la creación del IMSS y de la Secretaría de Salud.

Un compromiso financiero sostenido permitiría planear la trayectoria del sistema: la expansión de la infraestructura, la formación y contratación de recursos humanos, así como el fortalecimiento de la provisión, con énfasis en la salud pública y la medicina preventiva.

Construir un pacto por la cobertura universal en salud

El problema histórico del sistema mexicano de salud no es solo la insuficiencia de recursos ni su profunda fragmentación. También es la ausencia de un acuerdo nacional

duradero sobre el sistema de salud que la sociedad mexicana necesita construir.

Por décadas, las reformas han respondido a ciclos políticos. Cada gobierno ha introducido cambios en las instituciones, los mecanismos de financiamiento o las reglas de operación. Esta volatilidad institucional ha dificultado la acumulación y la institucionalización de capacidades, el aprendizaje organizacional y la rendición de cuentas.

El país necesita que la cobertura universal en salud se convierta en una política de Estado. Un primer paso podría ser la creación de una comisión encargada de construir un acuerdo sobre el sistema de salud que México requiere y definir una hoja de ruta para alcanzarlo antes de que se cumplan cien años de la creación del sistema mexicano de salud en 2043. En esta tarea deberían participar las instituciones públicas de salud, los trabajadores del sector, los prestadores y aseguradoras privados, las universidades y centros de investigación, las organizaciones de pacientes y de la sociedad civil, así como expertos nacionales e internacionales.

México necesita una estrategia de construcción con horizonte de largo plazo: más inversión pública, mejores capacidades operativas, una renovada apuesta por la salud pública, instituciones estables y un acuerdo político capaz de sostener las transformaciones necesarias. El centenario del sistema mexicano de salud ofrece un horizonte simbólico para ordenar ese esfuerzo. La pregunta clave es qué sistema de salud necesitamos en México a futuro después de un siglo de avances y retrocesos. La cobertura universal en salud se alcanzará con una visión clara, decisiones acumulativas, recursos sostenidos e instituciones capaces de aprender, mejorar y perseverar.