



México Evalúa

Cambios en la Atención Pública de la Salud en México (2018–2024): Evidencia desde la ENIGH y Perspectivas Comparadas



Contenido

2	Introducción
3	Evolución del sistema de salud en México
3	La esencia del sistema de salud en México: la fragmentación
4	Breve historia sobre la atención pública en México
5	El Seguro Popular
7	Evolución en el modelo de salud en el sexenio 2018-2024
8	Del Insabi al IMSS-Bienestar
9	Evolución del presupuesto en salud (2018-2024)
12	Centralización del sistema de salud
12	Transformación de los fideicomisos
14	Cambios en la adquisición de medicamentos en México
16	Evolución de las consultas médicas
18	Resultados en de la política en salud 2018-2024
18	Impacto en la economía del hogar
21	Gastos en medicamentos
24	Gastos catastróficos por salud
26	Hogares empobrecidos por salud
27	Acceso a la atención médica
29	Privatización efectiva del sistema de salud
31	Otros indicadores del sistema público de salud
32	Conclusiones sobre la política en salud (2018-2024)
33	Análisis de política pública comparada y recomendaciones en materia de salud
33	El sistema de salud pública de Brasil
36	El sistema de salud pública de Chile
39	El sistema de salud pública en Dinamarca
44	Resultados comparados en salud
48	Recomendaciones de política pública para México
51	Fuentes



Introducción

Durante el sexenio 2018–2024, el sistema público de salud en México atravesó una transformación institucional profunda. Entre los principales cambios destacan la eliminación del Seguro Popular, la creación del INSABI y, posteriormente, la implementación del IMSS-Bienestar como nuevo modelo de atención para personas sin seguridad social. Esta reforma ha reconfigurado además los mecanismos de financiamiento, provisión y gobernanza de los servicios de salud, con impactos aún en evaluación sobre el acceso, la calidad y la equidad en la atención.

Frente a estos procesos, y en un contexto donde el derecho a la salud enfrenta crecientes desafíos presupuestarios, logísticos y normativos, este estudio busca aportar evidencia rigurosa y recomendaciones viables para fortalecer la política pública en salud. Para ello, se parte del análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), herramienta clave para observar la evolución del acceso a servicios, el gasto de bolsillo y la protección financiera de los hogares. A través de esta fuente, se examinan patrones de utilización y barreras persistentes en la atención pública, así como la evolución de brechas territoriales y socioeconómicas.

Los datos más reveladores de la ENIGH muestran que, debido a los ya mencionados cambios institucionales, los hogares han quedado cada vez más vulnerables a las dificultades de salud. Por un lado, durante el periodo 2018–2024 se ha incrementado en 41.4% el gasto que deben desembolsar los hogares para atender sus enfermedades, aumentando así el impacto financiero en la economía del hogar. Esto ha provocado que cada vez más hogares caigan en la pobreza al cubrir por cuenta propia sus gastos médicos.

Por otro lado, 44.5 millones de personas reportan no contar con afiliación o acceso a servicios médicos.

Ello se compara negativamente con los 20.1 millones de personas que reportaron esta misma situación en 2018. Asimismo, cada vez más personas resuelven sus problemas médicos en el ámbito de lo particular, de tal forma que en 2024, **siete de cada 10 personas buscaron curarse fuera del sector público. Lo hicieron ya sea accediendo directamente a consultas en farmacias, o automedicándose en casa.** Lo anterior revela una creciente privatización de facto de la atención de la salud en México por la debilidad del sistema público.

Entre las principales razones por las que las personas optan por no acudir a los servicios del Estado, se encuentran los largos tiempos de espera para recibir atención. El tiempo promedio de espera en una clínica del IMSS es casi tres veces mayor que en un hospital privado. Esta diferencia desincentiva el uso de la asistencia pública, incluso entre quienes tienen acceso a ella, y lleva a muchas personas a preferir alternativas como la atención en instituciones privadas, la automedicación o, en el peor de los casos, no atenderse en absoluto.

Con el fin de identificar prácticas relevantes, esquemas de coordinación institucional y modelos de financiamiento que puedan inspirar una agenda de reforma del sistema sanitario público en México, el estudio incorpora una perspectiva comparada con experiencias internacionales de países que han enfrentado retos similares en la ampliación de la cobertura efectiva en salud,

Este trabajo tiene un carácter propositivo. No se limita al diagnóstico, sino que plantea un conjunto de recomendaciones de política pública orientadas a mejorar la eficiencia, legitimidad y sostenibilidad de la salud pública. Desde una visión centrada en las personas y con base en la evidencia, el objetivo último es contribuir al diseño de un sistema de atención pública más accesible, resiliente y justo.

Evolución del sistema de salud en México

La esencia del sistema de salud en México: la fragmentación

El sistema de salud pública en México se encuentra fragmentado. Diferentes instituciones coexisten en simultáneo, cada una con distintos niveles de financiamiento, cobertura y modelos de atención. El estatus laboral de la población es el principal factor de exclusión, lo que segmenta a los usuarios en dos categorías de aseguramiento: contributivo y no contributivo.

A) Sector contributivo o formal: Se trata de los sistemas que dan atención en salud a los trabajadores formales. Para los trabajadores del sector privado y sus familias existe el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mientras que los empleados del sector público y sus dependientes son atendidos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Quienes prestan servicio en las Fuerzas Armadas cuentan con el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), y los trabajadores de Petróleos Mexicanos (Pemex) tienen su propio sistema de seguridad social.

B) Sector no contributivo: La población con un trabajo informal puede acceder a los servicios estatales de salud en sus respectivas entidades federativas o al programa IMSS-Bienestar, que brinda aten-

ción médica sin requerir afiliación laboral (Coneval, 2024).

Aunque en 2020 se modificó el artículo 4º constitucional para garantizar la atención integral y gratuita de las personas que no cuentan con seguridad social, no se modificó el artículo 123º que condiciona la seguridad social al estatus laboral del trabajador.

La segmentación entre personas aseguradas y no aseguradas no es exclusiva del sector salud. Toda la seguridad social en México (servicios médicos, seguros de invalidez, retiro, guarderías, entre otros) depende del trabajo asalariado. Hablamos de los trabajadores del sector privado atendidos en el IMSS, y los del sector público¹ atendidos en el ISSSTE, ISSFAM y los servicios médicos de Pemex. El problema es que, incluso si todas las empresas cumplieran con la obligación de inscribir al IMSS a sus empleados, quedarían trabajadores excluidos de la seguridad social, como los que se emplean por cuenta propia, los ejidatarios, trabajadores de empresas familiares, productores rurales y trabajadores por tiempo determinado (Levy, 2019).

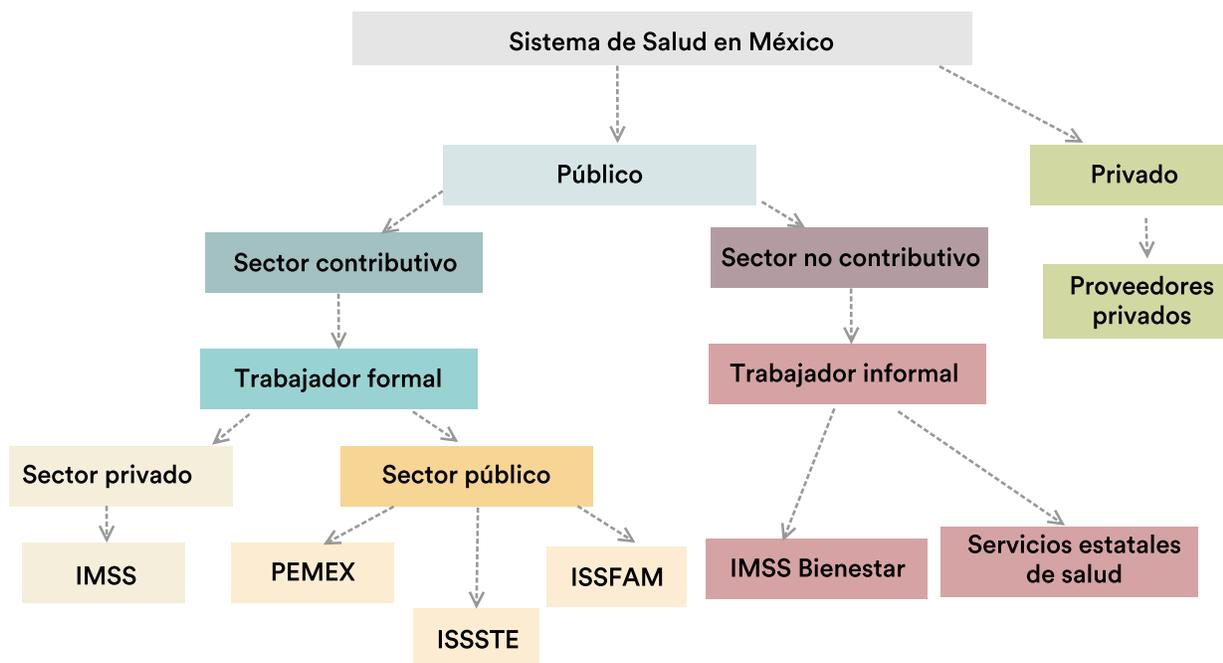
En este contexto, es necesario idear mecanismos para integrar los distintos esquemas de seguridad social para evitar la fragmentación. El primer paso y quizá el más urgente, es integrar los esquemas de atención en salud del IMSS con el IMSS bienestar para asegurar una atención igualitaria en México.

¹ Algunos trabajadores del sector público también reciben atención en el IMSS, como los de la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y de algunos bancos de desarrollo.



Estructura del sistema de salud en México

El sistema de salud en México está fragmentando en diversas instancias que ofrecen servicios de salud a distintos segmentos de la población, según su pertenencia a sistemas contributivos o no contributivos.



<https://infogram.com/esquema-fragmentacion-del-sistema-de-salud-1hmr6g89m5v0z2n>

Breve historia sobre la atención pública en México

El sistema de salud en México abarca una combinación de instituciones públicas y privadas que ofrecen servicios de atención médica a la población dependiendo de su condición laboral. Esta segmentación provoca falta de coordinación entre las instituciones que conforman el sistema, además de distintos esquemas de atención a la salud y mecanismos de financiamiento.

Desde sus orígenes, el sistema mexicano de salud ha estado organizado con base en un modelo segmentado, marcado por la separación del derecho a la atención a la salud entre los asegurados del sector formal de la economía y los no asegurados. (Frenk et al, 2007). El 19 de enero de 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para atender a los trabajadores formales del sector privado con la perspectiva de ofrecer atención médica sin límites explícitos y con recursos financieros

mayores aportados por el Estado, patrones y trabajadores. El 15 de octubre de ese mismo año, se creó como complemento la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) con el propósito de ofrecer servicios de saneamiento y atención médica limitada a las personas que no cubriría el IMSS, es decir, a los trabajadores informales (López-Cervantes, 2011 et al).

Posteriormente se fueron estableciendo otros institutos para atender a trabajadores con una relación formal con su empleador: en 1959 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y, en 1979, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Asimismo, hay que comentar que Pemex ha contado con servicios de salud exclusivos para sus trabajadores desde su fundación en 1938 (García, 2017). Todos estos sistemas apostaron de inicio por una cobertura médica amplia, a diferencia de la Secretaría de Salud, la cual se enfocó en cubrir enfermedades transmisibles, infecciosas, epidémicas, así como salud materno-infantil.

El Seguro Popular

No fue sino hasta la creación del Seguro Popular, en 2003, que se definió un listado claro de beneficios y reglas de financiamiento para el sistema de salud para las personas sin seguridad social.

En primer lugar, se estableció el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que llegó a cubrir 294 intervenciones. Asimismo, mediante el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), se definió la cobertura de 66 intervenciones de alto costo como cáncer, VIH/sida, malformaciones congénitas o cuidados intensivos neonatales. No obstante, una limitante del Seguro Popular es que no ofrecía una cobertura completa ante todos los padecimientos, como sí lo hacen los sistemas para la población formal.

Otro factor importante, es que el Seguro Popular estableció un estilo de financiamiento tripartito: familias, Gobierno federal y gobiernos estatales. Mediante un sistema de afiliación voluntaria, las familias que quisieran ser beneficiadas debían solicitar su ingreso y pasar por un estudio socioeconómico. Según el nivel de ingresos, las personas pagaban de cero a 11 mil pesos por concepto de afiliación. Además, el gobierno federal y estatal pagaban una cuota per cápita.

En sus 15 años de funcionamiento, el Seguro Popular tuvo varios logros, según el extinto Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2020):

a) Reducir el gasto de bolsillo de los hogares afiliados al seguro, en particular el de hospitalización.

- **Razón:** El esquema cubría intervenciones hospitalarias sin costo directo para el paciente dentro de su red, lo que disminuía la necesidad de pagar de manera privada por esos servicios.

b) Reducir la incidencia de gastos catastróficos.

- **Razón:** El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos financiaba procedimientos y tratamientos de alto costo, evitando que familias destinaran una proporción excesiva de su ingreso a la atención médica.

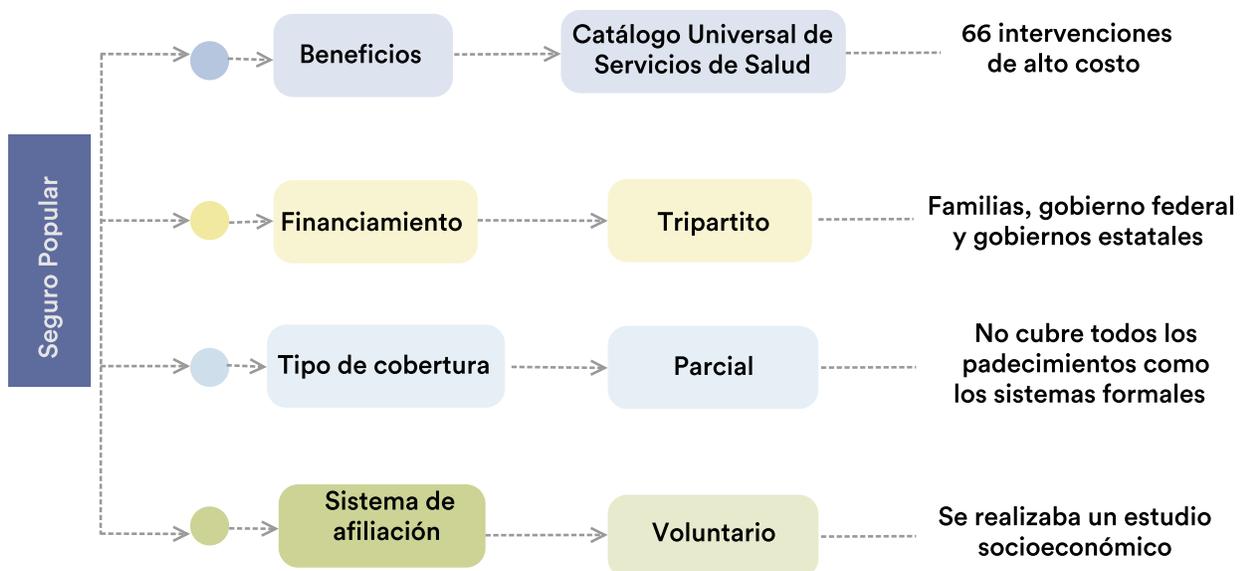
c) Reducir los gastos empobrecedores.

- **Razón:** Amplió la cobertura de atención para enfermedades graves, lo que evitó que los hogares se endeudaran o cayeran en pobreza por cubrir tratamientos médicos costosos.



Características institucionales del Seguro Popular

El Seguro Popular, en sus 15 años de operación, se constituyó como uno de los principales programas en salud para atender a la población sin seguridad social. Con ello se redujo el gasto de bolsillo y la incidencia en gastos catastróficos y empobrecedores.

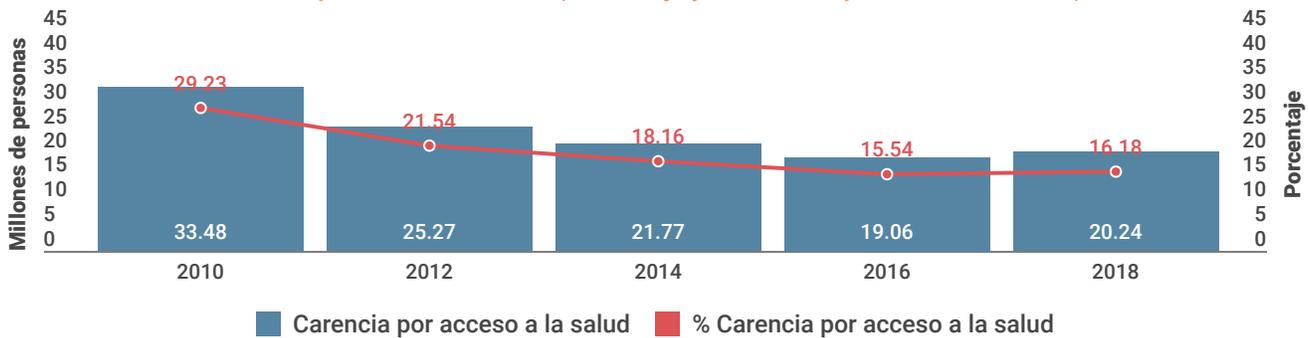




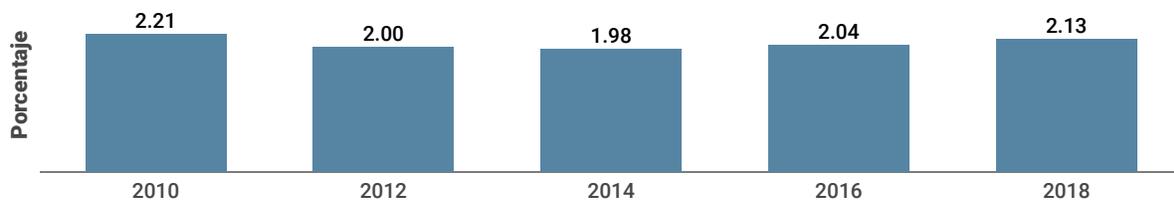
Avances del Seguro Popular en cobertura y reducción de gastos catastróficos

La carencia por acceso a los servicios de salud disminuyó en 13%, en paralelo con un aumento en la afiliación al Seguro Popular entre 2010 y 2018. Asimismo, la proporción de hogares que enfrentaron gasto catastrófico en salud se redujo en 0.08%.

Carencia por acceso a la salud (Porcentaje y millones de personas 2010-2018)



Hogares que incurrieron en gasto catastróficos en Salud (Porcentaje, 2010-2018)



Fuente: Elaboración de México Evalúa con información de CONEVAL.

<https://infogram.com/seguro-popular-carencia-acceso-1hmr6g893mndz2n>

d) Aumento de atención, en especial de partos.

- **Razón:** Eliminó el cobro a las afiliadas por la atención obstétrica en hospitales públicos, lo que incentivó a que más mujeres acudieran a instituciones del sector salud para dar a luz.

e) La carencia de acceso a la salud tuvo una reducción de más de 13 millones de personas.

- **Razón:** Su esquema de afiliación permitió que población sin seguridad social formal tuviera garantía de cobertura.

No obstante, según Coneval (2020) el Seguro Popular también tuvo **limitantes y áreas de oportunidad:**

a) Sus beneficios se concentraron en mayor medida en las zonas urbanas.

- **Razón:** El esquema de financiamiento del Seguro Popular se basaba en transferencias a estados. En muchos casos, éstos priorizaron infraestructura y contratación de personal en zonas con mayor demanda y

más fácil acceso, lo que dejó rezagadas a comunidades rurales y dispersas. Además, como la cobertura real dependía de la capacidad instalada existente, las ciudades partían de una base más sólida.

b) El crecimiento de infraestructura hospitalaria o personal médico no fue equitativo entre regiones. Así, la región sureste fue la que tuvo menor avance.

- **Razón:** Ausencia de un plan nacional de distribución equitativa; los recursos federales eran complementarios y no sustituían la inversión estatal. También, por falta de incentivos, había resistencia de profesionales de la salud a trabajar en zonas apartadas.

c) No logró aumentar la atención y detección de enfermedades como el cáncer, diabetes o hipertensión.

- **Razón:** El modelo del Seguro Popular priorizó la cobertura financiera de un catálogo definido (CAUSES y Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos) más que el fortalecimiento de la atención primaria y la medicina preventiva. Además, faltaron campañas masivas de detección y seguimiento de pacientes.

d) Los avances en cobertura fueron mayores en el periodo 2003-2009. De 2010 a 2018 las mejoras fueron menores por la creciente demanda de servicios.

- **Razón:** Al inicio, la cobertura creció rápido porque se incorporó población sin ningún seguro; luego, las nuevas afiliaciones eran más difíciles (poblaciones más dispersas y con barreras de acceso).

e) No incentivaba el empleo formal.

- **Razón:** El diseño del Seguro Popular estaba desvinculado del mercado laboral: ofrecía acceso a salud gratuito o casi gratuito para personas fuera del empleo formal, lo que eliminaba uno de los incentivos para formalizarse.

f) Se incrementó la recurrencia a clínicas privadas por parte de los hogares.

- **Razón:** Pese a que el sistema de afiliación garantizaba la cobertura de distintos padecimientos y enfermedades de alto costo, la saturación de la red pública, y los largos tiempos de espera llevaron a los hogares a acudir a clínicas privadas, sobre todo para atención ambulatoria.

La mayor parte de estas deficiencias no fueron corregidas con los cambios institucionales que ocurrieron en el sexenio 2018-2024, sino que hubo un agravamiento debido al debilitamiento presupuestario y a la pérdida de gobernanza en materia de compras públicas, como se explica a continuación.

Evolución en el modelo de salud en el sexenio 2018-2024

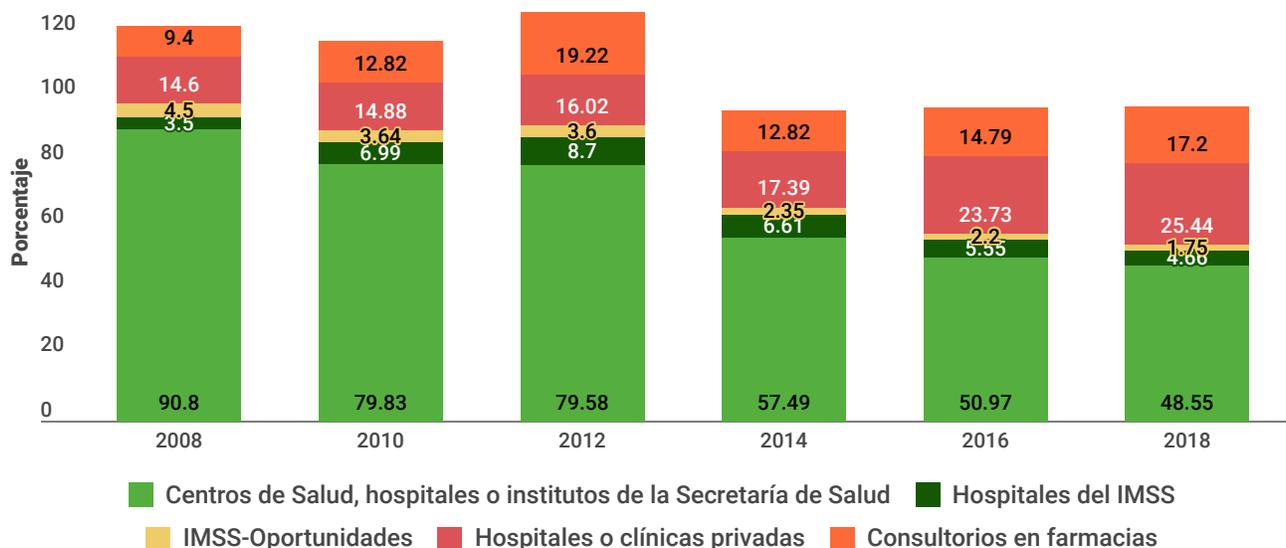
La política pública en materia de atención médica en México en el sexenio 2018-2024, estuvo marcada por los cambios institucionales realizados en el sistema de salud para las personas no aseguradas.

La primera gran reforma fue la desaparición del Seguro Popular para sustituirlo por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). Lo anterior provocó **tres grandes cambios en materia de atención y financiamiento:** 1. Se eliminó el sistema de afiliación para dar atención a todas las personas no aseguradas formalmente. 2. Se eliminó el Catálogo Universal de Servicios de Salud (para sustituirlo por un sistema de gratuidad completa) y 3. Se eliminó el mecanismo del financiamiento per cápita del sistema. ¿Qué implicó esto?

Pendientes del Seguro Popular

La proporción de afiliados que acudieron a instituciones públicas de salud se redujo entre 2008 y 2018, mientras que se incrementó la recurrencia a clínicas y hospitales privados. Esta tendencia coincide con el incremento de número de afiliados a la institución.

Afiliados al Seguro Popular según lugar de atención (Porcentaje*, 2008-2018)





Como se expuso anteriormente, para definir a su población objetivo, el Seguro Popular utilizaba un sistema de afiliación voluntaria. En 2018, su número de afiliados llegó a 53.5 millones. Con el Insabi se eliminó el sistema de afiliación y se amplió la cobertura a todas las personas sin seguridad social formal, es decir, 66 millones de personas en 2020 (Insabi, 2020).

Respecto a la cobertura, se eliminó el catálogo Universal de Servicios de Salud y se prohibieron los cobros de cuotas. Así, el Insabi comenzó su operación en 2020 sin una definición precisa de su cobertura. Hasta diciembre de ese año se publicó el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) (SSA, 2020) donde definió una cobertura amplia, aunque sin especificar nada sobre las intervenciones de primer y segundo nivel². Asimismo, se comprometió a ampliar el listado de las 66 enfermedades de alto costo (tercer nivel) financiadas por el Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi), pero tampoco especificó los alcances de la ampliación.

En materia de financiamiento, con el Insabi **se eliminó el esquema donde la Federación debía aportar una Cuota Social y una Aportación Solidaria Federal, por cada afiliado**, pero se mantuvo la Aportación Solidaria Estatal. La única garantía presupuestaria fue que la Secretaría de Hacienda debería de otorgar al Instituto el mismo monto del ejercicio fiscal anterior. Además, se suprimió el pago por afiliación que debían hacer los usuarios así como los copagos. Es decir, se eliminó el esquema tripartito de financiamiento.

En pocas palabras, **con la creación del Insabi se incrementó la población objetivo y el número de padecimientos a cubrir, pero no se establecieron nuevos mecanismos presupuestarios, sino que se debilitó el compromiso del Gobierno para financiar al Instituto y tampoco se permitió a los usuarios realizar copagos.**

Un factor de continuidad entre el Seguro Popular y el Insabi fue su estructura descentralizada. Así como su predecesor, funcionó como un mecanismo de financiamiento de los hospitales y clínicas para personas sin seguridad social, mientras que la gestión de la infraestructura y nómina fue responsabilidad de las entidades federativas. Esto cambió con la transición al IMSS-Bienestar.

Del Insabi al IMSS-Bienestar

Con apenas dos años de vida, en 2022 se anunció la transición del Insabi hacia el modelo del IMSS-Bienestar. Esta transición duró más de un año y se consumó hasta 2023, como se explicará más adelante.

Una posible explicación del abrupto cambio de modelo en salud, fue el deficiente desempeño del Insabi durante la pandemia de Covid-19. Debido a la desarticulación del Seguro Popular justo antes de la emergencia sanitaria, excesiva centralización y restricciones fiscales, la respuesta ante la crisis fue limitada (Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID-19 en México [CIIPCM], 2024). La crisis social por la falta de medicamentos antes y después de la pandemia, también ayudan a entender el rápido cambio de modelo.

Una confusión que existió durante la transición al nuevo modelo fue que en 2022 ya existía un programa llamado IMSS-Bienestar. Era el sucesor de lo que fueron el IMSS-Complamar (1979-1988), IMSS-Solidaridad (1988-2002), IMSS-Oportunidades (2002-2014) e IMSS-Prospera (2014-2018). Históricamente, dichos programas consistían en subsidios realizados desde el Ramo 19 de Aportaciones a la Seguridad Social³ hacia al IMSS, para que éste diera servicios de salud primaria a las personas no aseguradas.

En marzo de 2022, cuando se anunció la transición de los sistemas de salud, el programa IMSS-Bienestar sólo tenía presencia en 19 estados, operaba en 4,067 unidades médicas y venía de otorgar poco más de 14 millones de consultas en los últimos tres años. En ese momento, el Insabi contaba con 14,504 unidades médicas de la Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud en las 32 entidades, y promediaba 38 millones de consultas al año (México Evalúa, 2022). Debido a la trayectoria del programa IMSS-Bienestar, una posibilidad era que el nuevo modelo de salud incrementara los subsidios para garantizar que más población sin seguridad social, accediera a las clínicas del IMSS para atención primaria en todo el país, y así reducir la segmentación del sistema de salud. No obstante, el cambio no fue así.

El 25 de abril de 2023 se aprobó en la Cámara de Diputados la desaparición del Insabi, el cual sería sustituido por el Organismo Público Descentralizado (OPD) IMSS-Bien-

² El primer nivel de atención se refiere a la atención ambulatoria, que puede ser general o especializada iniciando como el primer contacto con los pacientes para acciones de prevención y promoción de la salud. El segundo nivel se refiere a las unidades que brindan atención hospitalaria y de urgencias, además de otorgar servicios de promoción a la salud, prevención de enfermedades y atención médica ambulatoria especializada. El tercer nivel comprende las unidades que otorgan atención hospitalaria de urgencias para la atención de padecimiento de alta especialidad.

³ El Ramo 19 es un apartado del presupuesto federal que el gobierno utiliza para otorgar recursos a instituciones de seguridad social, principalmente el IMSS y el ISSSTE. Estos apoyos se destinan a cubrir aportaciones del gobierno como empleador y a financiar parte de los servicios de salud y pensiones.

estar, que es el que funciona actualmente. A diferencia del Programa IMSS-Bienestar, el OPD IMSS-Bienestar ya no se limita a operar unidades médicas rurales, sino que administra directamente clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel en zonas urbanas, transferidos desde los sistemas estatales de salud.

La administración directa de hospitales es un cambio de paradigma respecto del Insabi o del Seguro Popular. Antes de su extinción, el Insabi era principalmente un mecanismo de financiamiento y coordinación, no un operador directo de hospitales, y la gestión operativa de los servicios de salud seguía siendo estatal en la mayoría de los casos. Ahora el IMSS-Bienestar, es un operador nacional de salud para las personas sin seguridad social. La excepción son los hospitales federales de alta especialidad y los institutos nacionales, los cuales siguen bajo la gestión de la Secretaría de Salud, así como los hospitales de las ocho entidades que aún no se han afiliado al IMSS-Bienestar: Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Querétaro.

En materia de atención, en octubre de 2022 —antes de que se consumara la transición del Insabi hacia el IMSS-Bienestar— se publicó el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). Éste definió una cartera de

servicios de las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención. Para el primer nivel se garantiza la medicina preventiva, salud mental y adicciones, nutrición, entre otras. Para el segundo nivel, se incluye atención especializada en ginecología, pediatría, medicina interna, psicología, cardiología, geriatría, psiquiatría, oncología, genética, cirugía plástica, entre otras. Finalmente, para el tercer nivel de atención se define una cartera de servicios de los hospitales de alta especialidad como cirugía cardiovascular, neurocirugía, hemodiálisis, entre otras.

Cabe aclarar que este organismo es una entidad separada del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) aunque comparte su nombre. Tampoco tiene similitud con el IMSS en la amplitud de su cobertura ya que no cuenta con un seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS).

Evolución del presupuesto en salud (2018-2024)

Al cierre del sexenio pasado, el gasto público federal en salud alcanzó un máximo histórico de 930 mil millones de pesos (mmdp), el mayor monto registrado hasta la fecha. Este monto refleja un crecimiento de 22% (168

Evolución institucional del Seguro Popular al IMSS-Bienestar

Elemento clave	Seguro Popular	INSABI	IMSS-BIENESTAR
Mecanismo de acceso	Afiliación voluntaria	Sin afiliación	Sin afiliación
Financiamiento	Per cápita (cuotas federal y estatal)	Monto global discrecional	Monto global y centralizado
Catálogo de servicios	Definido (CAUSES + enfermedades catastróficas)	Eliminado	Supuesta cobertura universal por Ley (Modelo Más Bienestar)
Transparencia presupuestal	Alta	Baja	Muy baja
Fideicomiso (FPGC/Fonsabi)	Regulación clara, reglas de uso	Opaco y con mayor riesgo de gasto discrecional	Alta opacidad y riesgo de reintegro a la Tesorería
Resultados en atención	Claros, por estado	Difusos, menor cobertura	No verificables, metas poco ambiciosas
Concentración de recursos	Descentralizado: estados ejercen recursos	Parcial concentración en Federación	Alta concentración: FASSA gestionado por Federación.
Modelo institucional	Organismo Público descentralizado y sectorizado a la Secretaría de Salud	Organismo Público descentralizado y sectorizado a la Secretaría de Salud	Organismo Público Descentralizado, no sectorizado



mmdp) respecto a 2018. No obstante, **cuando se analiza el gasto en términos per cápita, como porcentaje del PIB o desde la óptica de la equidad en la distribución de los recursos, los avances son más limitados e incluso evidencian retrocesos preocupantes.**

A pesar de este aumento en términos absolutos, **como proporción del PIB el gasto en salud se mantuvo en 2.7%**, un nivel que no representa un cambio estructural respecto a décadas anteriores. Esta cifra es comparable a la observada entre 2011 y 2015, así como entre 2020 y 2022, lo que sugiere una **estabilidad relativa del esfuerzo fiscal en salud**, sin llegar a una expansión significativa del gasto respecto al tamaño de la economía.

Otra forma que evidencia que el gasto en salud perdió prioridad es su participación dentro del gasto total. En 2024, los recursos en salud representaron sólo el 10.1% del gasto total, una cifra similar a la de 2018, pero inferior a lo observado entre 2010 a 2012, cuando el porcentaje superó el 11%. La menor participación del gasto en salud se debe a que otros conceptos del gasto han tenido un mayor aumento.

Se puede consultar un análisis amplio sobre el gasto público en salud al cierre de 2024 en [esta liga](#).

En lo que respecta a las **personas sin seguridad social**, el gasto público fue de 338 mmdp, 11% más que en 2023, aunque todavía por debajo de los niveles observados entre 2020 y 2022. Este grupo concentra a una parte importante de la población más vulnerable, y su atención ha sido uno de los principales objetivos de transformación institucional con la transición del Seguro Popular al IMSS-Bienestar. Sin embargo, el gasto per cápita en este segmento fue de 5,126 pesos en 2024. Esto es 8% menor al de 2018. La reducción del gasto por persona se debe a que la población objetivo creció de 55 a 66 millones de personas con la transición del Seguro Popular al Insabi.

Uno de los factores clave detrás de esta caída en el gasto por persona es que, con la eliminación del Seguro Popular, también se eliminaron las garantías financieras que obligaban al Gobierno federal a presupuestar conforme al número de personas por atender. El modelo anterior establecía reglas de operación con una base poblacional explícita, lo que daba certidumbre presupuestal. En cambio, el esquema actual no cuenta con mecanismos equivalentes que aseguren recursos proporcionales a la expansión de la cobertura, lo que ha contribuido al deterioro del gasto per cápita.



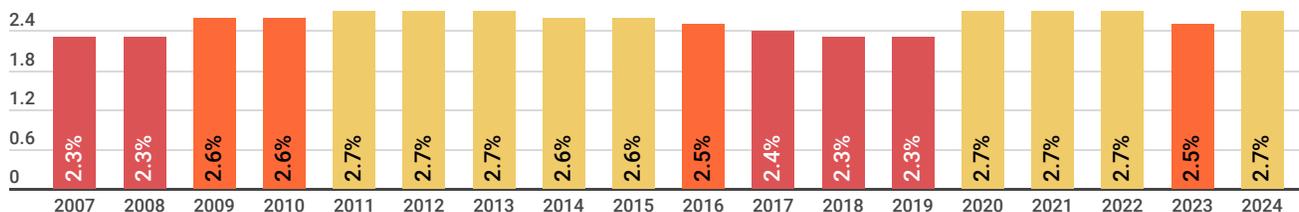
NÚMEROS DE ERARI



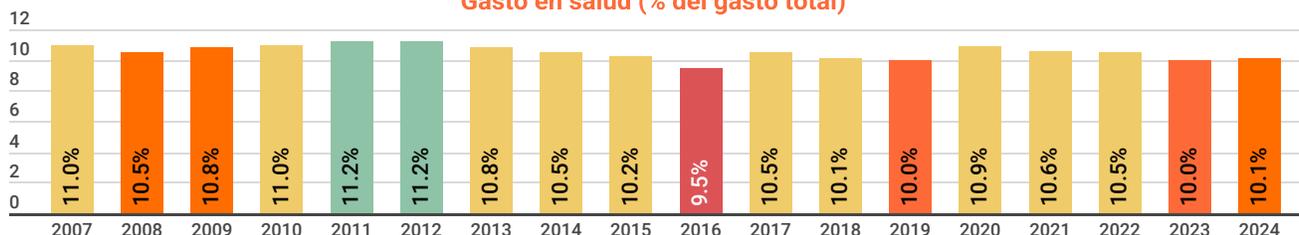
Gasto en salud como porcentaje del PIB y del gasto total

El gasto en salud como porcentaje del PIB se mantuvo en 2.7% en 2024, nivel similar al observado entre 2011 y 2015 o entre 2020 a 2022. Como porcentaje del gasto total fue 10.1%, que es inferior a 2012.

Gasto en salud (% del PIB)



Gasto en salud (% del gasto total)



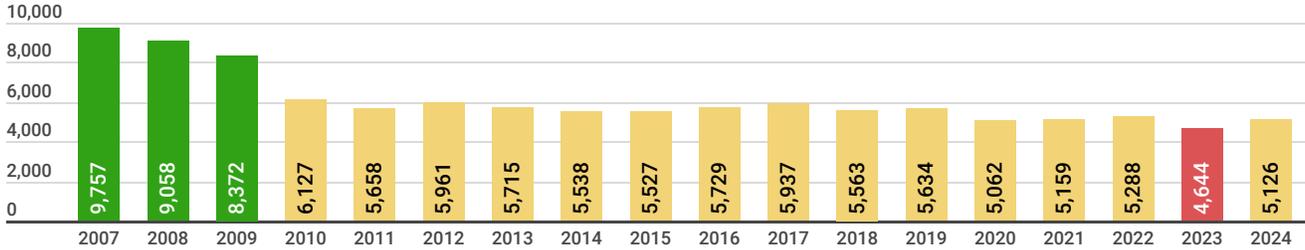
Fuente: Elaborado por México Evalúa con datos de la SHCP y Conapo



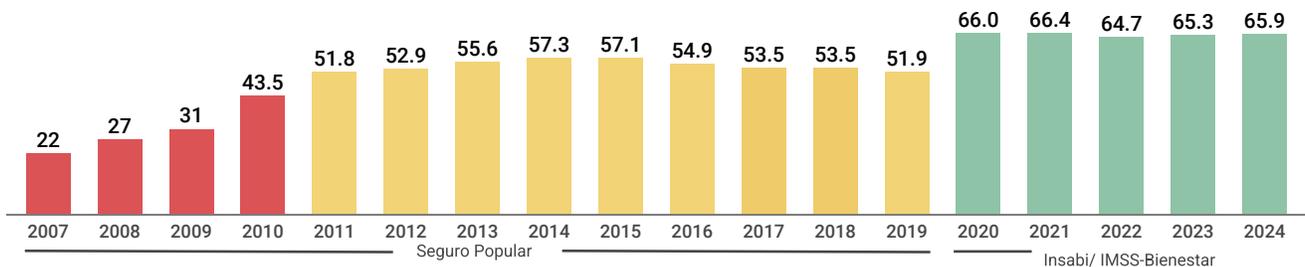
Gasto per cápita en salud para personas sin seguridad social

El gasto por persona sin seguridad social fue de 5,126 pesos en 2024: 8% (437 pesos) menor a 2018. Se estima* que la población objetivo del IMSS-Bienestar es 12 millones mayor a la del Seguro Popular en 2018.

Gasto per cápita en salud personas sin seguridad social (pesos de 2024)



Población objetivo Seguro Popular, Insabi e IMSS-Bienestar (millones de personas)*



Elaborado por México Evalúa con datos de la SHCP. *La población objetivo del Seguro Popular eran su número de afiliados, mientras que para el Insabi e IMSS-Bienestar corresponde a la población con carencia por acceso a la seguridad social medido por el Coneval. Población estimada según Coneval actualizada con datos de Conapo. No se descuenta la población de los estados signatarios del IMSS-Bienestar, porque la reducción del FASSA para los estados signatarios debería de corresponderse con incrementos en el IMSS-Bienestar.

<https://infogram.com/dic-24-per-capita-personas-sin-ss-1h9j6q7wo3el54g>



Gasto público en salud personas con y sin seguridad social

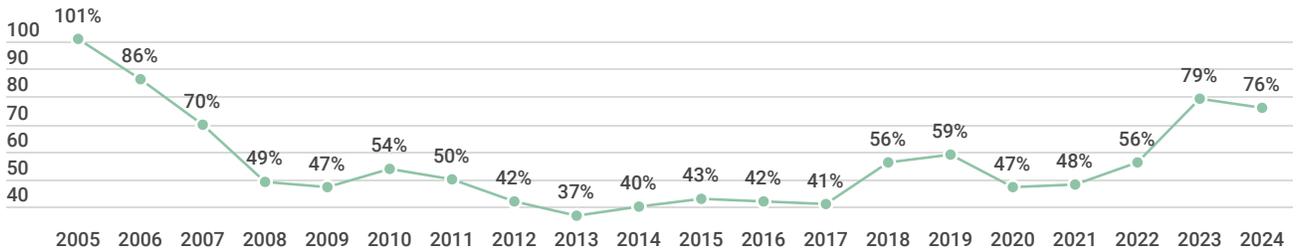
El gasto salud para las personas no aseguradas en 2024 fue de 338 mmdp, 13.4% más (40 mmdp) que en 2018. No obstante, la brecha en los recursos para las personas aseguradas frente a las personas no aseguradas se amplió a 76%: 20 puntos más que en 2018.

Gasto en salud personas con y sin seguridad social (mmdp de 2024)



● Sin seguridad social ● Con seguridad social ● Total

Brecha del presupuesto en salud entre personas con y sin seguridad social (%)



Elaborado por México Evalúa con datos de la SHCP. Corresponde al gasto de las instituciones de salud, no al gasto funcional en salud. La población objetivo del Seguro Popular eran su número de afiliados, mientras que para el Insabi e IMSS-Bienestar corresponde a la población con carencia por acceso a la seguridad social medido por el Coneval. Población estimada según Coneval actualizada con datos de Conapo.

<https://infogram.com/dic-24-brecha-salud-1hmr6g89mpz1o2n>



En contraste, el gasto funcional en salud para **personas con seguridad social** fue de 593 mmdp, 27.7% superior al observado en 2018. En este grupo, el gasto per cápita alcanzó los 9,796 pesos, 8% más que en 2023, pero similar al registrado en 2012. Una de las razones por las cuales este segmento ha mostrado mayor estabilidad es que su financiamiento cuenta con un mejor blindaje presupuestal, al provenir en buena medida de las cuotas obrero-patronales que aportan trabajadores y empleadores, lo cual asegura una fuente de ingresos relativamente constante y protegida de recortes discrecionales.

Como resultado, **la brecha en el gasto por persona entre asegurados y no asegurados se ha ampliado**, alcanzando un diferencial de **76% en 2024**, 20 puntos porcentuales más que en 2018.

En suma, aunque se han destinado más recursos al sector salud en términos absolutos, persisten desafíos en términos de equidad, suficiencia y ejecución efectiva de los recursos, especialmente para la población sin seguridad social. La eliminación de garantías financieras, junto con el crecimiento de la población objetivo, ha deteriorado la capacidad de respuesta del sistema público para este grupo. A futuro, será clave **fortalecer la planeación, el cumplimiento presupuestal y el diseño institucional del financiamiento**, así como cerrar las brechas entre grupos poblacionales, para garantizar un sistema de salud más equitativo, eficiente y universal.

Centralización del sistema de salud

El cambio de modelo hacia el IMSS-Bienestar concentra los recursos para la salud pública en la Federación y representa un regreso al pasado.

En 1996, se suscribió el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud con el fin de transferir la responsabilidad y administración de los servicios de sanidad desde el Gobierno federal hacia los gobiernos estatales. Este proceso incluía la transferencia de recursos financieros, personal, e infraestructura. La idea era que los gobiernos locales, al estar más cerca de las comunidades a las que servían, podrían responder de manera más efectiva a sus necesidades de salud.

Para sustentar la descentralización, se creó en 1997 un nuevo fondo en la Ley de Coordinación Fiscal: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Su función era otorgar recursos financieros a las entidades según su número de plazas médicas e infraestructura hospitalaria. A partir de 2003, el financiamiento a los servicios de sanidad estatales se fortaleció con el Se-

guro Popular. Este sistema contaba con programas específicos de transferencia de recursos a las entidades para la compra de medicamentos, inversión, materiales y suministros, así como servicios personales. Esta estrategia se mantuvo con el Insabi.

En otras palabras, los estados recibían recursos del FASSA enfocados principalmente al pago de nómina y del Seguro Popular (luego del Insabi) para el resto de las necesidades médicas. Destaca que los recursos del FASSA están blindados por la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) y no se pueden reducir, mientras que aquellos del Insabi e IMSS-Bienestar sí pueden disminuirse, según la planeación federal.

Con el modelo del IMSS-Bienestar se pretende regresar al sistema previo a 1996. Los estados signatarios, a través de convenios de coordinación, han transferido de vuelta la infraestructura y personal médico a la federación y por consecuencia han devuelto la mayoría de los recursos del FASSA. Se trata, sin duda, de un retroceso para el federalismo fiscal (México Evalúa, 2024).

Transformación de los fideicomisos

El cambio del Seguro Popular hacia el Insabi y luego hacia el OPD IMSS-Bienestar también provocó cambios profundos en la gestión de los recursos en fideicomisos enfocados a la salud.

El Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), creado en 2004 a la par del Seguro Popular (SP), era la principal herramienta financiera para garantizar la continuidad de la atención en salud. Este fideicomiso tenía tres objetivos: 1. Atender 66 tipos de intervenciones para enfermedades de alto costo o que provocan gastos catastróficos. 2. Impulsar el financiamiento de infraestructura en entidades federativas con mayor marginación social. 3. Cubrir imprevistos en la demanda de servicios de salud.

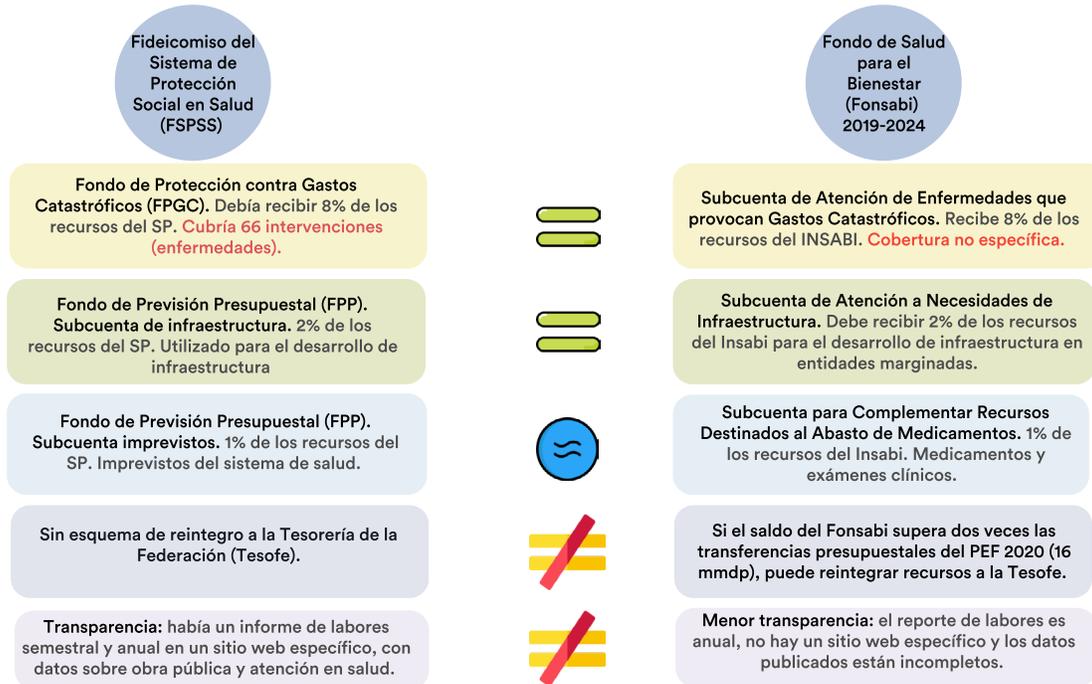
Para cumplir con estos objetivos, el FSPSS recibía cada año por lo menos el 11% del total de los recursos destinados al SP, lo cuales se dividían en dos fondos o subcuentas: el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), que recibía el 8% de los recursos del SP, y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que recibía el 2% para gasto en infraestructura y 1% para imprevistos.

Con la transición al Insabi, el FSPSS se convirtió en el Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi). Con la transformación se mantuvieron los dos primeros objetivos del FSPSS —gastos catastróficos e infraestructura—



Transformación de los Fideicomisos

Con la transición al Insabi, el FSPSS se convirtió en el Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi). Con ello, se modificó el tercer objetivo de este fideicomiso, al establecer que sus recursos servirían a partir de entonces para complementar al abasto y distribución de medicamentos y exámenes clínicos



<https://infogram.com/esquema-fideicomisos-1h984wv8w9qgd2p>

pero se modificó el tercer objetivo. Es decir, se estableció que los recursos del fideicomiso servirían a partir de entonces para complementar al abasto y distribución de medicamentos y exámenes clínicos. Anteriormente, el objetivo de cubrir imprevistos permitía cualquier tipo de gasto corriente, mientras que ahora se especifica que será para medicamentos y exámenes clínicos.

Sólo con fines de rediseño de marca, el nombre de las subcuentas se modificó: el FPGC pasó a llamarse Subcuenta de Atención de Enfermedades que Provocan Gastos Catastróficos, y el FPP se dividió en la Subcuenta de Atención de Necesidades de Infraestructura y la Subcuenta para Complementar Recursos Destinados al Abasto de Medicamentos. La obligación de transferir el 11% de los recursos, proveniente de los tiempos del Seguro Popular, se mantuvo, así como la distribución entre las subcuentas. Asimismo, la cantidad de enfermedades catastróficas a financiar con el fideicomiso (66) se mantuvo sin cambios.

En realidad, el cambio de mayor relevancia se dio a finales de 2020, a través del artículo 77 bis 17 de la Ley General de Salud (LGS). En él se establece que:

*Quando el Fondo acumule recursos en un monto superior a dos veces la suma aprobada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020 (16 mmdp) como aportaciones al Fideicomiso del Fondo de Salud para el Bienestar, el remanente podrá destinarse a fortalecer acciones en materia de salud a través del **reintegro de recursos correspondiente a la Tesorería de la Federación** o mediante el Fondo de Salud para el Bienestar.*

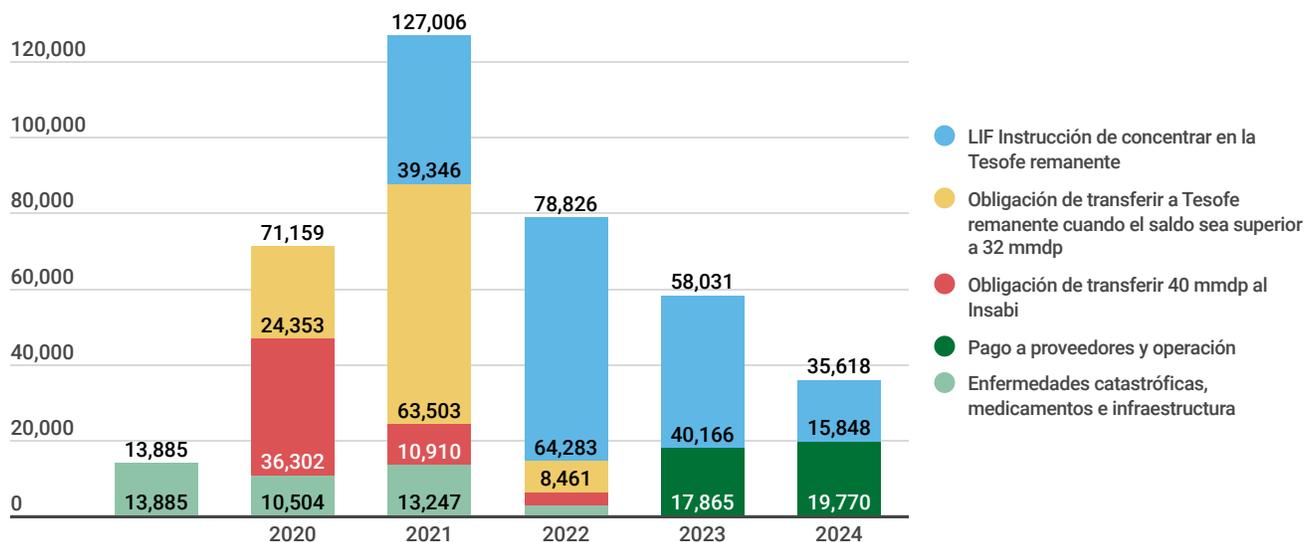
Pues bien, este cambio, en apariencia inocuo, permitió la discrecionalidad del gasto en salud. A partir de 2020 —luego de los cambios a la LGS— y hasta 2024, las transferencias de la Secretaría de Salud al Fonsabi promediaron 56.4 mmdp, 99% más que en el periodo de 2010 a 2018. Estas transferencias fueron contabilizadas como gasto ejercido en salud. A su vez, el incremento en los depósitos en el Fonsabi fue correspondido con un incremento en los egresos de ese mismo fondo. De 2020 a 2024, el promedio fue de 74.3 mmdp, un aumento de 353% respecto al periodo 2010-2018.



Recursos depositados en el Fonsabi que salieron después a la Tesofe

En el sexenio de López Obrador, el Fonsabi erogó 381 mmdp, de los cuales 256 mmdp (67.2%) fueron reintegros a la Tesorería de la Federación (Tesofe), donde se perdió el seguimiento de esos recursos.

Egresos del Fonsabi por tipo (mdp de 2024)



Elaborado por México Evalúa con datos de la SSA y la Cuenta Pública (2020-2024). * En 2020 y 2021 los gastos en medicamentos incluyen las compras consolidadas de la UNOPS

<https://infogram.com/copy-2025-salidas-fonsabi-tipo-1h9j6q7woeq5v4g>

No obstante, al revisar los informes de la Cuenta Pública descubrimos que el 67.2% (256 mmdp) de los gastos del Fonsabi acumulados de 2020 a 2024 (381 mmdp), en realidad fueron reintegros a la Tesorería de la Federación (Tesofe), donde se extravía el rastro de tales recursos. Esto sucede porque al llegar a la Tesofe los recursos pierden su etiquetación o vinculación a un fin presupuestal y son considerados como ingresos excedentes que pueden ser usados para cualquier fin. Además, no existe información detallada sobre el uso de estos ingresos excedentes. En otras palabras, el gasto en salud fue distorsionado por estas entradas y salidas de recursos desde el Fonsabi hacia la Tesofe.

Cambios en la adquisición de medicamentos en México

El modelo de adquisición de medicamentos tiene sus antecedentes desde 1950, cuando se realizaron los esfuerzos por racionalizar el abastecimiento y distribución de medicamentos en las instituciones públicas. La primera lista de medicamentos básicos emitida por el IMSS, convirtió al país en un referente en el establecimiento de un sistema para identificar y hacer asequibles los insumos

médicos que la población requería. Con la legislación del uso obligatorio del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (CBCM) en todas las instituciones públicas de salud, se orientó la adquisición de medicamentos a partir de criterios terapéuticos, socioeconómicos y de costo-efectividad.

En 1975, se instituyó el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Público, con lo que se extendió el modelo aplicado previamente en el IMSS hacia todas las instituciones públicas de salud. La instancia encargada de su elaboración fue la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad.

En 1983, el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud incluyó productos biológicos e instrumental de laboratorio, equipo médico, material de curación, entre otros (Gómez-Dantés et al., 2001). La creación del Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Público partió de la necesidad de homologar los sistemas de clasificación y codificación de elementos necesarios para la prevención y tratamiento de problemas de salud.

Posteriormente, en 2004, la Secretaría de Salud propuso la iniciativa Satisfacer la Demanda de Medicamentos

en el Sector Salud, destinada a mejorar el abasto de medicinas. El propósito era modificar el sistema bajo los principios de transparencia, bajo costo, flexibilidad y rendición de cuentas. Aunado a ello, se incorporó la participación del sector privado en la cadena de abasto de medicamentos.

No obstante, el Cuadro Básico fue sustituido en 2020 por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud que es el documento donde se agrupan, caracterizan y codifican los medicamentos, material de curación, instrumental, equipo médico y otros insumos para la salud, al cual se deben ajustar las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Esta modificación busca promover la equidad en el acceso a los medicamentos en todas las instituciones públicas de salud, introducción de tecnologías innovadoras y respuesta a las necesidades epidemiológicas de la población (Aguilar-Delfín et al., 2021).

En relación a la logística de adquisición de los medicamentos, aunque se ha mantenido un sistema de compras consolidadas, la operación de este sistema ha implicado reconfiguraciones en cuanto a su rectoría. En un inicio, las compras consolidadas constaban de la participación

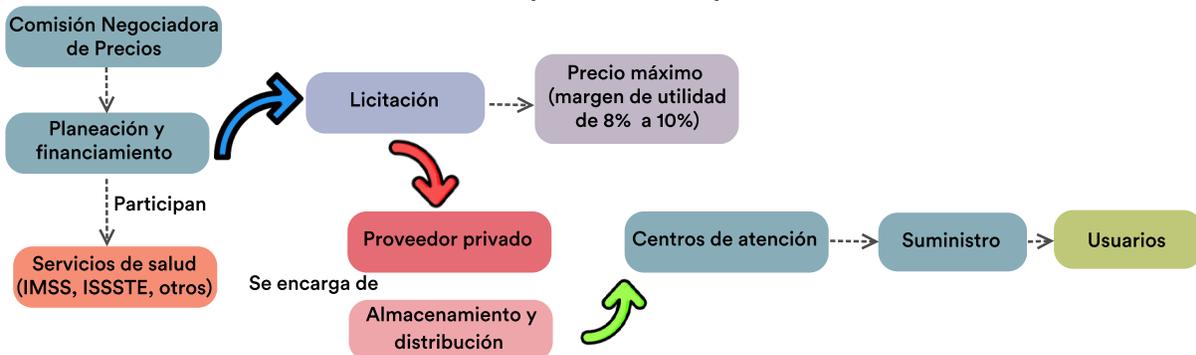
de la Comisión Negociadora de Precios de la Secretaría de Salud, quien se encargaba de negociar con los laboratorios el precio de los medicamentos de patente adquiridos por el sector salud. Durante el proceso de la compra también participaban autoridades del IMSS e ISSSTE, así como de otros entes públicos para gestionar el requerimiento de medicamentos genéricos demandados por las instituciones públicas, con lo que se cubría en un 60% a 70% a dichas instituciones. Posteriormente, se determinaba un precio máximo de referencia para cada producto.

El precio establecido, sumado al margen de utilidad de los distribuidores que era de un 8% a 10%, formaba parte de la oferta con que los insumos llegaban a los distribuidores finales (El Economista, 2020). **En 2019, se implementó el nuevo modelo de compras consolidadas, que implicaría una centralización del proceso de adquisición de estos insumos. Con ello, se eliminó la participación de las empresas distribuidoras como intermediarias en la compra de medicamentos. De este modo, la implementación quedaba a cargo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en coordinación con la Secretaría de Salud.**

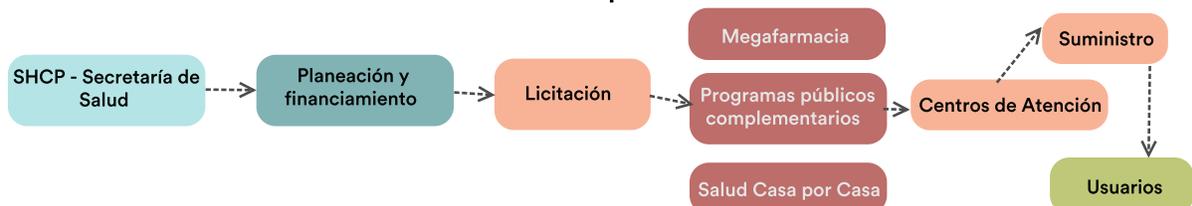
Cambios en la adquisición de medicamentos

El modelo de compra consolidada de medicamentos se modificó en 2019. Los proveedores privados quedaron excluidos y se centralizó la adquisición de insumos médicos con participación de la SHCP.

Modelo de compra consolidada previo a 2019



Nuevo modelo de compra consolidada 2019





Anteriormente, el sector privado se encargaba de consolidar la oferta de diferentes laboratorios, y de recoger y distribuir los medicamentos. Así, el precio de los fármacos incluía el servicio de logística y financiamiento (Fundación Idea, 2020).

Desde 2019 se han hecho esfuerzos por implementar otros mecanismos que coadyuven a mejorar el abastecimiento de medicamentos a través de proyectos como el Centro Federal de Almacenamiento y Distribución de Insumos para la Salud (Cefedis, publicitado también como “Megafarmacia del Bienestar”), que empezó a operar desde diciembre de 2023. Además, desde 2025, el programa Salud Casa por Casa busca acercar la atención primaria y surtido de recetas a través de visitas domiciliarias para personas adultas mayores y con discapacidad.

Actualmente se ha dado continuidad al modelo de compra consolidada del sector salud con el objetivo de garantizar la disponibilidad de medicamentos a la población que se atiende en el Sistema Nacional de Salud para el Bienestar. Con este modelo se pretende asegurar las mejores condiciones de calidad, efectividad y precio, lo que da continuidad a la política para el abastecimiento de medicamentos implementada en 2019.

No obstante, México dista mucho de garantizar el acceso efectivo a medicamentos y que éstos se encuentren a precios accesibles para la población en general.

Evolución de las consultas médicas

En los últimos años, se ha reducido el nivel de consultas médicas otorgadas por los sistemas de salud público, en particular para las personas sin seguridad social. Parte de esta reducción puede deberse al subreporte de consultas del OPD IMSS-Bienestar, el cual ha dejado de proporcionar cifras oficiales de atención.

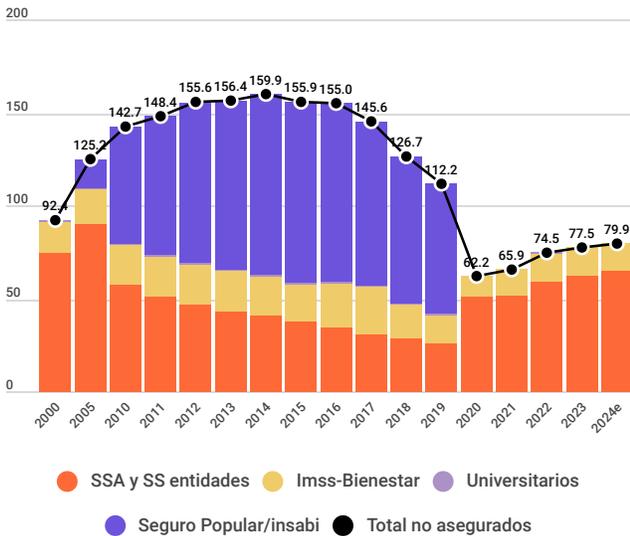
Los datos oficiales más actualizados con los que se cuentan son aquellos del Sexto Informe de Gobierno del sexenio 2018-2024. Cabe aclarar que en este reporte se muestran cifras estimadas al cierre de 2024, según lo observado en la primera mitad de ese año. En este informe se reporta que, en 2024, las instituciones de salud otorgaron 235 millones de consultas. Esto es 20% (59.8 millones) menos que al cierre del sexenio pasado en 2018. Las consultas para las personas sin seguri-



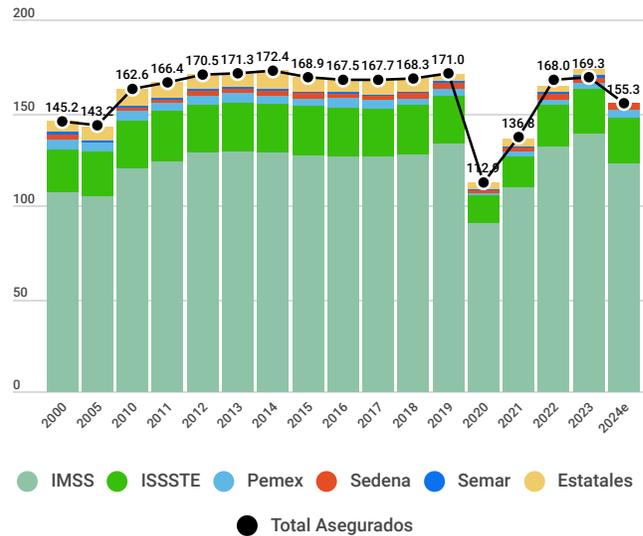
Consultas externas otorgadas por el sistema público de salud

Las instituciones de salud otorgaron 235 millones de consultas* en 2024. Son 20% (59.8 millones) menos que al iniciar el sexenio pasado en 2018. Las consultas para las personas sin seguridad social cerraron en alrededor de 79.9 millones, una caída de 37% (46.7 millones) frente a 2018.

Consultas por institución población no asegurada (millones)



Consultas por institución población asegurada (millones)



Elaborado por México Evalúa con datos del IMSS, SSA y Sexto informe de Gobierno. *Datos estimados oficiales para 2024.



dad social cerraron en alrededor de 79.8 millones, un descenso de 37% (46.7 millones) frente a 2018. Por su parte, las consultas para personas con seguridad social sumaron 155.3 millones, 7.7% (13 millones) menos que en 2018. Es decir, tanto las personas aseguradas como las no aseguradas vieron mermadas su atención en el sexenio pasado.

En materia de transparencia, no existe información precisa sobre la atención del ODP IMSS-Bienestar. Si bien en 2024 el Sexto Informe de Gobierno reporta 15.4 millones de consultas del IMSS-Bienestar, se refiere al programa del Ramo 19 y no al organismo público descentralizado.

Cuando existía el Seguro Popular y el Insabi, en la página de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) se reportaban las consultas de estas instituciones de manera mensual. No sucede lo mismo con el IMSS-Bienestar.

Según los últimos datos de 2023, último año de operación del Insabi, este instituto otorgó 18.9 millones de consultas, 6.1% (1 millón) más que en 2022, pero se quedó 74% (53.7 millones) por debajo de lo observado en 2018. Las consultas de la Secretaría de Salud en su conjunto —Insabi más el resto de los centros y hospitales— tampoco tuvieron un repunte destacable. En 2023 se reportaron 51.5 millones de consultas, 4% (1.7 millones) más que en 2022, pero 46% (44 millones) menos que en 2018 (México Evalúa, 2023). Es decir, hasta 2023 podemos afirmar que hubo una reducción efectiva en las consultas médicas, no relacionada al sub reporte de datos.

Lo que es de conocimiento público es que, en mayo de 2025, el OPD IMSS-Bienestar planteó que para este año otorgará 50 millones de consultas generales, cinco millones de consultas de especialidad y un millón de cirugías. Sin embargo, tales cifras no representan una mejoría en el nivel de atención otorgado a la población sin seguridad social formal, ya que están por debajo de años anteriores.



Resultados de la política en salud 2018-2024

Los resultados de la política en materia de salud pueden analizarse a partir de la **Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)**, un instrumento estadístico que ofrece información detallada sobre la economía y características sociodemográficas de las viviendas, los hogares y las personas en México durante un periodo determinado. A través de esta encuesta elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), es posible conocer cuánto gastan los hogares en atención médica, el impacto financiero de este gasto en el hogar, así como diversos indicadores sobre la calidad de los servicios públicos de salud, incluyendo acceso y tiempos de atención.

En este sentido, las implicaciones de la política en salud sobre los hogares durante el periodo 2018-2024 pueden analizarse en **tres dimensiones: el impacto en la economía del hogar, el impacto en el acceso, y el impacto en la atención**

efectiva. Los resultados son reveladores: sea el indicador o la dimensión que se mida, durante este periodo de tiempo ha aumentado la vulnerabilidad de los hogares a choques sanitarios.

Impacto en la economía del hogar

Cuando el sistema público de salud no dispone de los recursos necesarios para proporcionar atención médica, medicamentos y otros insumos sanitarios, los hogares deben asumir estos costos directamente, lo que se conoce como gasto de bolsillo. Una situación deseable representa el caso de que los hogares obtengan una atención médica integral en el sistema público de salud, así como los medicamentos requeridos, lo cual implica un menor gasto de bolsillo.

¿Qué nos dicen los datos? **El gasto de bolsillo de los hogares se ha incrementado 41.4% en el perio-**

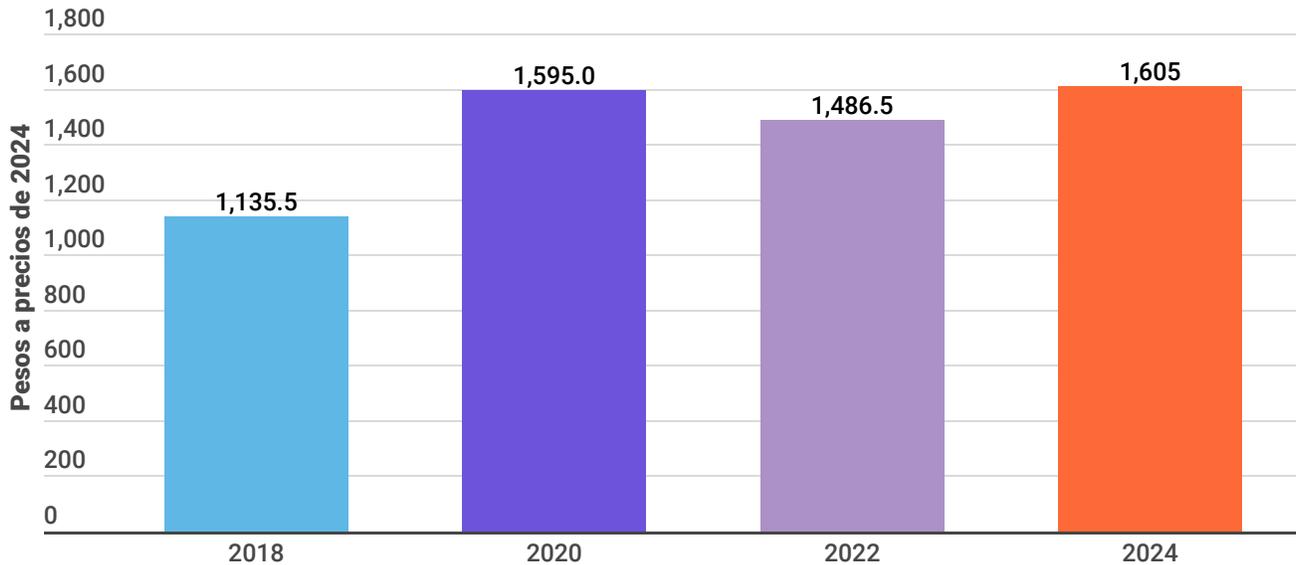
Se puede consultar un análisis a detalle sobre la situación del gasto en salud en los hogares mexicanos en el sexenio 2018-2024 en [esta liga](#).



Gasto de bolsillo de los hogares: resultados nacionales

El gasto de bolsillo en salud de los hogares mexicanos, en 2024, fue de 1,605 pesos al trimestre. Esto representa un aumento de 41.4% (469.8 pesos) en comparación con 2018.

Gasto de bolsillo en salud trimestral por hogar (pesos de 2024)



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 a 2024.

<https://infogram.com/presentacion-en-salud-enigh-2024-1h984wv8wyd0d2p>

do 2018-2024, considerando la inflación. Esto equivale a un incremento de 469.8 pesos trimestrales por hogar. En 2018, un hogar gastaba alrededor de 1,135 pesos al trimestre para cubrir sus gastos en salud, pero para 2024 ascendió a 1,605. Lo cual **implica que, durante este periodo, los hogares han tenido que poner cada vez más de su recursos para cubrir sus gastos sanitarios.**

Sin embargo, **el impacto financiero de los gastos médicos varía entre los hogares del país**, ya que depende de factores como el nivel de ingresos, la región donde se ubican, la situación laboral del jefe o jefa del hogar, así como el número de integrantes del hogar.

Por ejemplo, **el impacto del gasto en salud es considerablemente mayor en los hogares del primer decil socioeconómico**, es decir, aquellos con menores recursos. En 2018, estos hogares destinaron en promedio 355 pesos trimestrales al gasto en salud, lo que representaba el 2.9% de sus ingresos. Para 2024, esta cifra aumentó a 651 pesos trimestrales, equivalentes al 3.9% de sus ingresos. Esto equivale a un incremento real del 83% en el gasto de bolsillo durante el periodo

2018-2024, siendo el mayor aumento entre todos los deciles de ingreso. En contraste, los hogares pertenecientes al 10% con mayores ingresos registraron un aumento del 34% en su gasto de bolsillo durante el mismo periodo.

Un aspecto clave para entender el impacto real del gasto en salud sobre la economía de los hogares es considerar la composición de sus ingresos. Entre 2019 y 2024, aumentó de forma significativa la cobertura y monto de los programas sociales que otorgan transferencias monetarias. Si bien estos apoyos elevan el ingreso total reportado por los hogares, muchos de ellos —como becas y pensiones— están destinados a fines específicos y no necesariamente pueden utilizarse para cubrir gastos en salud

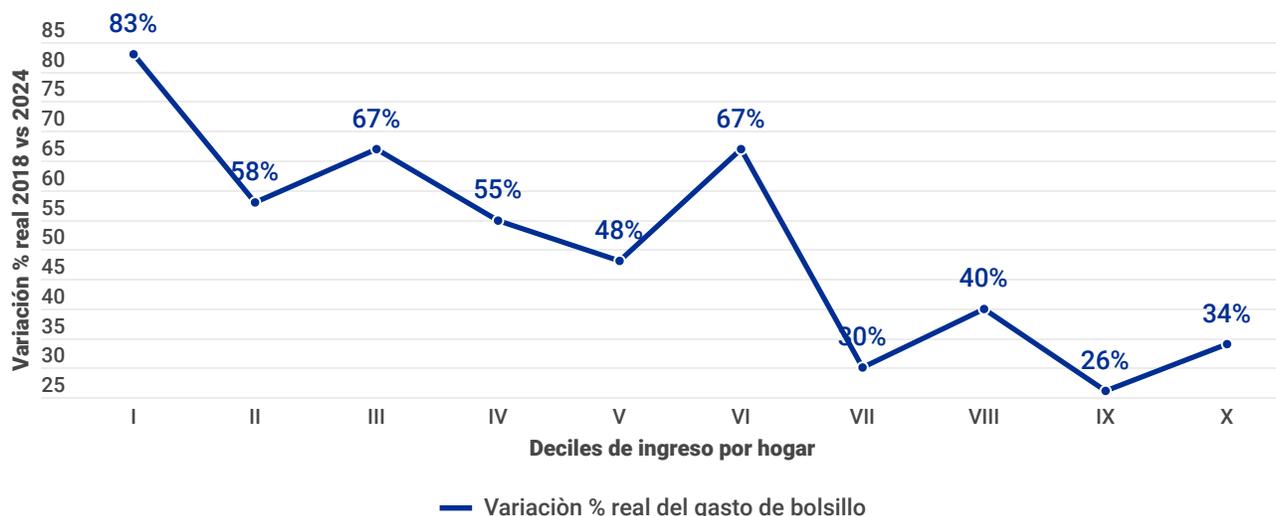
Si se excluye lo que cada hogar recibe por programas sociales, la carga financiera se eleva hasta 5.9% de los ingresos disponibles en los hogares del primer decil de ingresos. En contraste, los hogares de mayores recursos destinan únicamente 2.1% de su ingreso a salud. Esto revela un patrón regresivo en el impacto del gasto sanitario.



Variación real del gasto de bolsillo por decil de ingreso

Los hogares de menores ingresos incrementaron su gasto en salud en 83% entre 2018 y 2024. En contraste, en los hogares de mayores recursos el aumento fue de apenas 34% en términos reales. Esto refleja una presión financiera desproporcionada para las familias más vulnerables.

Variación real del gasto de bolsillo trimestral de los hogares (2018 vs. 2024; deciles de ingreso)



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 y 2024.

<https://infogram.com/vargastobolsillo2024-1h0n25o9jpewz4p>

También la condición laboral de las cabezas de familia y el tipo de afiliación al sistema de salud definen el gasto en salud. **Los hogares sin acceso a la seguridad social** encabezados por trabajadores independientes **destinaron 2.7% de su ingreso al gasto en salud en 2024**. En los trabajadores subordinados sin seguridad social, la proporción fue de 1.9%. Esto señala que durante el periodo 2018-2024, las instituciones de salud para personas sin seguridad social, no han logrado blindar la economía de los hogares de sus usuarios, ante las necesidades de atención médica, medicamentos y hospitalizaciones, lo cual se refleja en que este grupo se destina un mayor porcentaje de los ingresos a cubrir las necesidades sanitarias.

En contraste, **los hogares con afiliación a Pemex o al ISSFAM** reportaron un gasto mucho menor, equivalente a solo **1.0% de su ingreso**. **Para afiliados al IMSS, la proporción fue de 1.4%**; al ISSSTE, de 2.0%; y para quienes cuentan con seguro privado, de 1.6%. Es necesario señalar que a pesar de destinar un menor porcentaje de sus ingresos, éste también se ha incrementado durante el periodo 2024-2018.

Otro aspecto relevante es la edad del jefe o jefa del hogar. Los hogares encabezados por personas adultas mayores han enfrentado un incremento particularmente elevado en su gasto de bolsillo en salud. **Entre 2018 y 2024, este gasto aumentó en 46% en términos reales, al pasar de 1,567 a 2,285 pesos trimestrales por hogar, es decir, un incremento de 718 pesos.** Esta alza se relaciona directamente con las mayores necesidades de atención médica propias de este grupo de población (México Evalúa, 2025. p. 12).

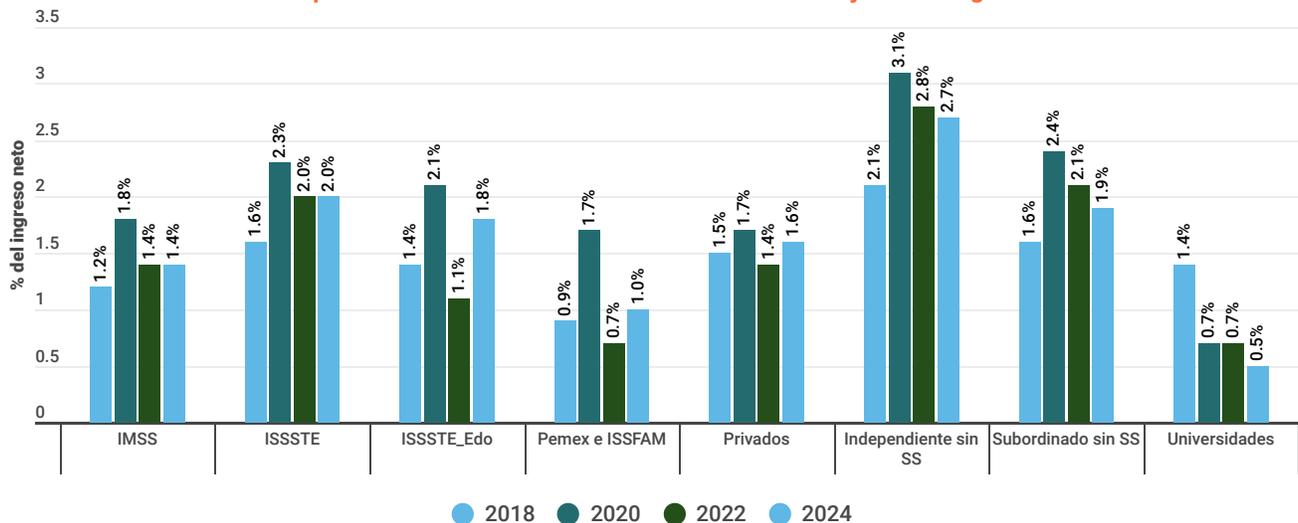
También hay diferencias regionales en el gasto de bolsillo de los hogares. Por ejemplo, en la Ciudad de México se destina alrededor de 2,242 pesos al trimestre en erogaciones de salud por hogar, las cuales son 109% (1,229 pesos) mayores en términos reales frente a 2018. Otro ejemplo, Oaxaca, es un caso especial. Sus rezagos económicos y de desarrollo se suman al elevado desembolso trimestral en salud de sus hogares. Entre 2018 y 2024 éste se incrementó en 136.9% (1,239 pesos) para quedar 2,145 pesos y ocupar el cuarto lugar entre las entidades con el mayor gasto de bolsillo (México Evalúa, 2025. p. 30).



Gasto de bolsillo por afiliación a sistema de atención médica del jefe del hogar

Los hogares con afiliación al sistema médico de Pemex o del Ejército, destinan 1.0% de su ingreso a temas de salud. Por el contrario, los hogares sin acceso a seguridad social son los más afectados: los trabajadores independientes sin afiliación destinan hasta 2.7% de su ingreso, y los asalariados sin seguridad social, 1.9%.

Gasto de bolsillo trimestral como % del ingreso neto de beneficios gubernamentales, por afiliación a sistema de atención médica del jefe del hogar



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 a 2024.

<https://infogram.com/gastoxafil2024-1hxj48m8j07w52v>

Gastos en medicamentos

Como se mencionó anteriormente el gasto total de los hogares en medicamentos aumentó 41.4% entre el periodo 2024-2018. Este incremento se explica en gran parte porque los hogares están pagando más sobre todo en medicinas.

Así es, el **gasto en medicamentos** de los hogares en México **llegó a más del doble entre los años 2018 y 2024**. Mientras que al inicio de ese periodo los hogares gastaban en promedio 222 pesos al trimestre en medicamentos, para 2024 gastaron 480 pesos al trimestre. Es decir, un crecimiento de 116% (258 pesos adicionales) considerando el incremento de los precios, según reporta la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIGH). En consecuencia, el gasto en medicamentos pasó de representar el 19% del gasto total en salud de los hogares en 2018, a 30% en 2024.

Buena parte del incremento en el gasto de medicamentos se debe a su desabasto en hospitales públicos. Vale la pena mencionar que, a partir de 2018, el suministro de medicinas en instituciones públicas cambió significa-

tivamente. Con el objetivo de abaratar costos, en 2019 se eliminó a los distribuidores intermediarios y la compra se centralizó en la Secretaría de Hacienda y Salud. La estrategia no funcionó.

Desde entonces, se han impulsado proyectos para solucionar el problema. Por ejemplo, la Megafarmacia del Bienestar —Centro Federal de Almacenamiento (Cefedis)— en 2023, y más recientemente en 2025, el programa Salud Casa por Casa, que pretende llevar atención y medicamentos a domicilio a adultos mayores y personas con discapacidad.

Otro factor que ha impulsado el gasto de medicamentos es que más pacientes optan por no buscar atención médica y **automedicarse**. **16 millones de personas se auto recetaron en 2024, mientras que en 2018 fueron 9.6 millones**. Esta tendencia también refleja el mal desempeño del sistema de salud público, pues las personas recurren a la automedicación cuando los tiempos para recibir atención son muy extensos, no hay clínicas cercanas a su domicilio, tienen poca confianza en las instituciones de salud o porque saben que no hay medicamentos en los hospitales públicos.



Gasto en medicamentos de los hogares: resultados nacionales

En 2024 los hogares tuvieron que desembolsar 480 pesos al trimestre en medicinas, lo cual implica un incremento de 116% en términos reales (258 pesos adicionales) frente a 2018.

Gasto de bolsillo en medicinas por hogar al trimestre* (pesos de 2024**)



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 a 2024.*El gasto en medicamentos se construyó conciliando las claves de medicamentos de la ENIGH 2024 con las reportadas en las ENIGH de 2018 a 2022. Para estos años, se consideró la suma de los gastos en medicamentos con y sin receta, con el fin de compararlos con la nueva clasificación. Además, el gasto total contempla la suma trimestral del gasto de las personas y del gasto del hogar, de acuerdo a la metodología del INEGI para construir grandes conceptos de gasto.**Se considera el deflactor sólo de medicamentos.

<https://infogram.com/gmedicamento2024-1hmr6g89rd55z2n>

En suma: el aumento en el gasto de bolsillo en medicamentos es tan alto, que prácticamente se mantiene al mismo nivel que se observó durante la pandemia.

Al desglosar el gasto por tipo de medicamentos se revela una realidad preocupante: **los hogares destinan cada vez más recursos a combatir los padecimientos más graves del país (y que, desgraciadamente, están entre los más comunes)**. El principal desembolso es para medicamentos contra la presión arterial, seguido de antibióticos para infecciones y fármacos para la diabetes. Entre 2018 y 2024, estos tres rubros registraron aumentos reales de 242.3%, 37.1% y 261% respectivamente. Esto refleja el peso creciente que la enfermedad y la falta de acceso efectivo a tratamientos imponen sobre la economía familiar.

Además, las afectaciones económicas por problemas convencionales de salud persisten en los hogares. **El gasto en fármacos para dolores de cabeza y fiebre —padecimientos comunes— es el que más ha crecido, con un aumento real de 333% entre 2018 y 2024**. Hoy, este es el quinto concepto del gasto de bolsillo en el que los hogares mexicanos destinan más recursos.

A su vez, la atención de las principales causas de muerte en México —como son las complicaciones por hipertensión y diabetes—, termina siendo cubierta en casa y no en el sector público. Esto incluye los gastos en medicamentos para atender estos padecimientos y que ha incrementado en los últimos seis años.

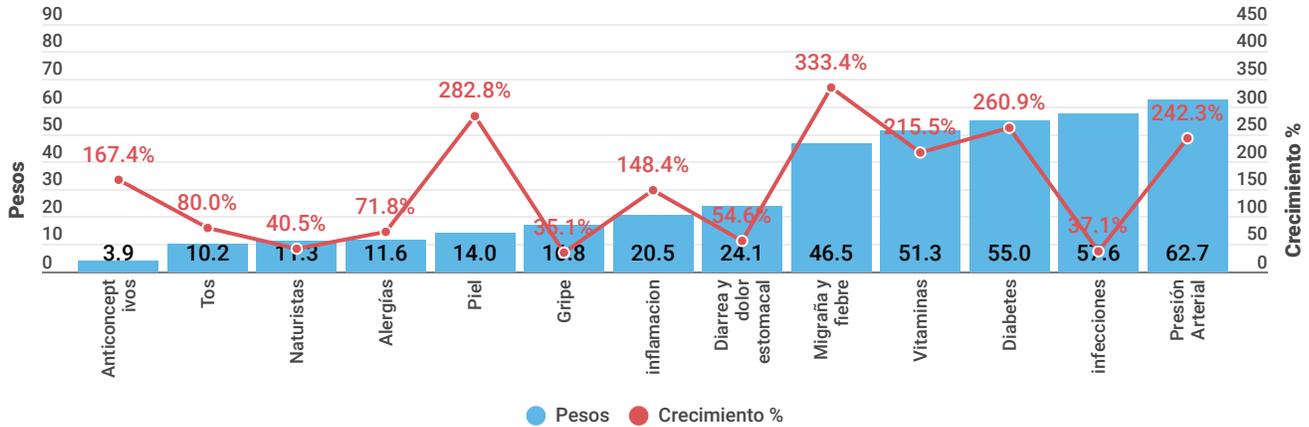
Podría pensarse que el gasto en medicamentos es un problema exclusivo de quienes no cuentan con seguridad social o afiliación a un sistema de salud, pero la realidad es que afecta a todos los hogares del país. Independientemente si los hogares están o no afiliados a un sistema de salud, deben asumir cada vez más los gastos para medicinas, ya sea por desabasto o porque no hay acceso directo.

Por ejemplo, los hogares encabezados por personas **afiliadas al IMSS gastan en promedio 365 pesos al trimestre en medicamentos, lo cual implica un crecimiento real del 98% (181 pesos adicionales) frente a lo que se gastaba en 2018**. En aquellos hogares afiliados al ISSSTE, el gasto en medicamentos asciende hasta 607 pesos al trimestre, un incremento real de 80% (269 pesos) contra 2018.

Gasto en medicamentos* por concepto de los hogares

El gasto en medicamentos para presión arterial es el principal desembolso en salud de los hogares mexicanos. Le siguen antibióticos para infecciones y medicamentos para diabetes. Todos esos rubros tuvieron aumentos reales de 242.3%, 37.1% y 261% respectivamente frente a 2018.

Gasto en medicinas por concepto. Promedio por hogar al trimestre (pesos de 2024 y variación 2024 vs 2018)



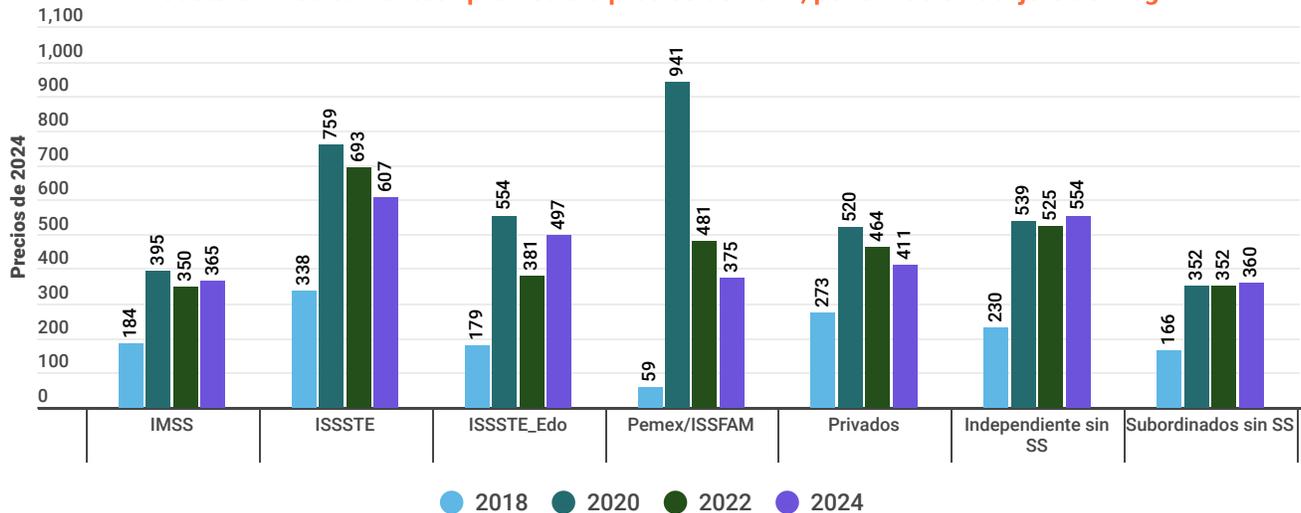
Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 a 2024.*El gasto en medicamentos se construyó conciliando las claves de medicamentos de la ENIGH 2024 con las reportadas en las ENIGH de 2018 a 2022. Para estos años, se consideró la suma de los gastos en medicamentos con y sin receta, con el fin de compararlos con la nueva clasificación. Además, el gasto total contempla la suma trimestral del gasto de las personas y del gasto del hogar, de acuerdo a la metodología del INEGI para construir grandes conceptos de gasto.**Se excluye el concepto de otros gastos en medicamentos.****Para considerar el efecto de los precios se utilizó el INPC de medicamentos.

<https://infogram.com/comedicamentos2024-1hnq41o1ekvep23>

Gasto en medicamentos por afiliación del hogar

El desabasto de medicamentos afecta a todos los hogares del país, incluso con afiliación. Sin embargo, los hogares encabezados por personas que trabajan de manera independiente son los que han padecido la mayor alza en el gasto en medicamentos: +141% (+324 pesos trimestrales) respecto a 2018.

Gasto en medicamentos* promedio a precios de 2024, por afiliación del jefe del hogar



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 y 2022.*El gasto en medicamentos se construyó conciliando las claves de medicamentos de la ENIGH 2024 con las reportadas en las ENIGH de 2018 a 2022. Para estos años, se consideró la suma de los gastos en medicamentos con y sin receta, con el fin de compararlos con la nueva clasificación. Además, el gasto total contempla la suma trimestral del gasto de las personas y del gasto del hogar, de acuerdo a la metodología del INEGI para construir grandes conceptos de gasto.**Se considera el deflactor sólo de medicamentos.

<https://infogram.com/madixafil-2024-1h1749w8gw7712z>



Este problema también se observa **en los hogares encabezados por personas sin seguridad social**. Por ejemplo, cuando el jefe o la jefa del hogar trabaja de manera independiente, el gasto trimestral en medicamentos alcanza los 554 pesos, un aumento de 141% (324 pesos adicionales) respecto a 2018. Estos hogares **han experimentado el mayor incremento en su gasto en medicamentos**, lo que podría reflejar tanto el desabasto, como una disminución en la atención efectiva en instituciones para personas sin seguridad social, como IMSS-Bienestar. Desatención que, eventualmente, incentiva la automedicación.

El desabasto de fármacos y la insuficiente atención efectiva en los centros de salud pública son realidades que afectan a todas las familias del país. Esta situación se traduce en que cada vez más hogares deben asumir directamente los costos de sus complicaciones médicas. Esto lleva a que opten por curarse en casa, automedicarse y gastar de su propio bolsillo en medicinas.

Para algunos hogares, este costo es doble. Primero, se descuenta una proporción de sus salarios para garantizar acceso a servicios de salud. Después, al no haber citas ni medicamentos, los hogares deben asumir bajo su salario reducido los costos en atención y medicinas.

Así terminan gastando dos veces por los servicios de salud, la primera sin recibirlos y la segunda recibiendo pero ahora con una economía familiar más vulnerable.

Gastos catastróficos por salud

Derivado de todo lo anterior, también ha aumentado el número de hogares que incurren en un gasto catastrófico por motivos de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), **los gastos catastróficos por motivos de salud, ocurren cuando los gastos de bolsillo de los hogares representan 40% o más de la capacidad de pago de los hogares**. Este porcentaje puede ser menor o mayor dependiendo de las características de cada país, en el caso de México se ha consensuado un porcentaje de 30%.

Es importante señalar que, según la OMS (2005), la capacidad de pago de los hogares no es lo mismo que su ingreso total. Se entiende como capacidad de pago el ingreso que le queda al hogar después de cubrir lo necesario para vivir, es decir, lo que está por encima del gasto mínimo para mantener un nivel de vida básico. A este gasto se le llama gasto de subsistencia.



mexicoevalua.org

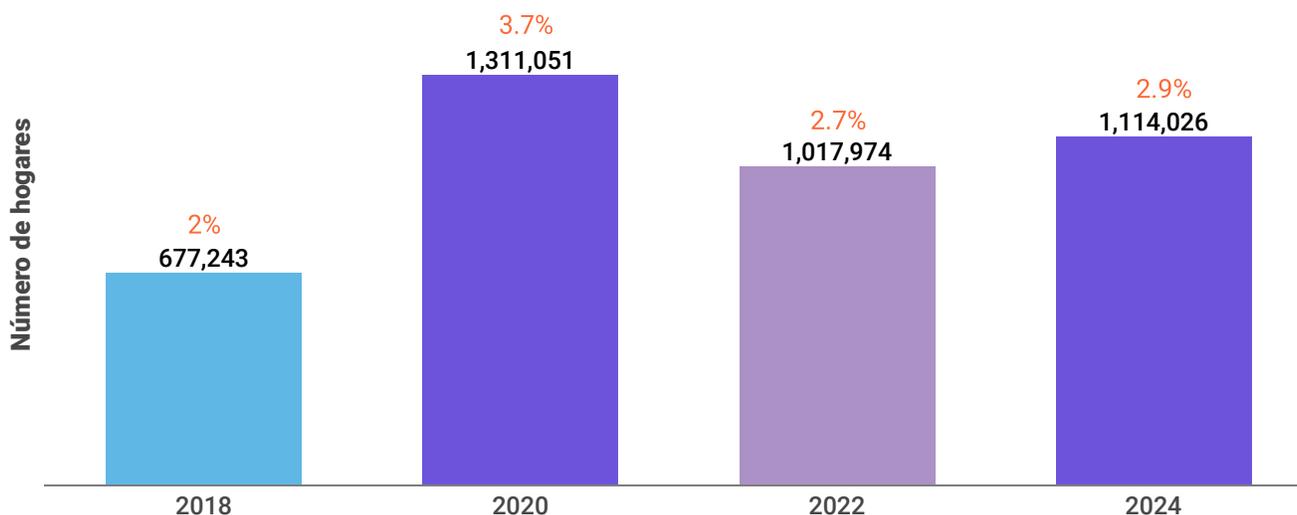
NÚMEROS DE ERARI



Gasto catastrófico en salud de los hogares: resultados nacionales

Cerca de 1.11 millones de hogares (2.9% del total) enfrentaron gastos catastróficos en salud en 2024. El incremento frente a 2018 es de 64.5% (cerca de 436.8 mil hogares adicionales).

Hogares que incurrieron en un gasto catastrófico en salud



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 a 2024. *La capacidad de pago del hogar se define como los ingresos efectivos del hogar que están por encima del nivel de subsistencia. Xu, K. (2005). Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology (Discussion Paper EIP/HSF/DP.05.2). World Health Organization.

Para calcular ese nivel mínimo, se usa una línea de pobreza basada en el gasto en alimentos. En particular, se considera el gasto promedio por persona en alimentos de los hogares que destinan una parte intermedia de su gasto total a este rubro (entre el percentil 45 y 55 de toda la muestra). Además, para tomar en cuenta que no todas las personas del hogar consumen lo mismo, se usa una escala de equivalencia en lugar de sólo contar cuántas personas viven en el hogar. Hay distintas formas de definir la pobreza y ninguna es perfecta, pero esta forma busca ser útil tanto en la teoría como en la práctica.

Con base en la información de la ENIGH 2024, **se estima que aproximadamente 1.11 millones de hogares enfrentaron un gasto catastrófico en salud durante ese año.** Esto representa un incremento del 64.5% respecto a 2018, equivalente a 437 mil hogares adicionales.

Este aumento evidencia una creciente vulnerabilidad de las familias mexicanas, ante el debilitamiento del sistema público de salud que ya no es capaz de amortiguar los costos y en un contexto de alza en los precios de alimentos y medicamentos, cada vez más hogares se ven obligados a destinar una parte desproporcionada

de sus ingresos para atender necesidades de salud. Ello compromete su bienestar y su capacidad de cubrir otras necesidades básicas.

El debilitamiento institucional del sistema de salud ha afectado con mayor fuerza a los hogares sin acceso a la seguridad social. Estos hogares no solo presentan una mayor proporción de casos con gasto catastrófico en salud, sino que muestran el incremento más significativo en comparación con 2018. Esta situación pone de relieve las fallas estructurales de los cambios de los programas de salud dirigidos a la población sin seguridad social, como el IMSS-Bienestar.

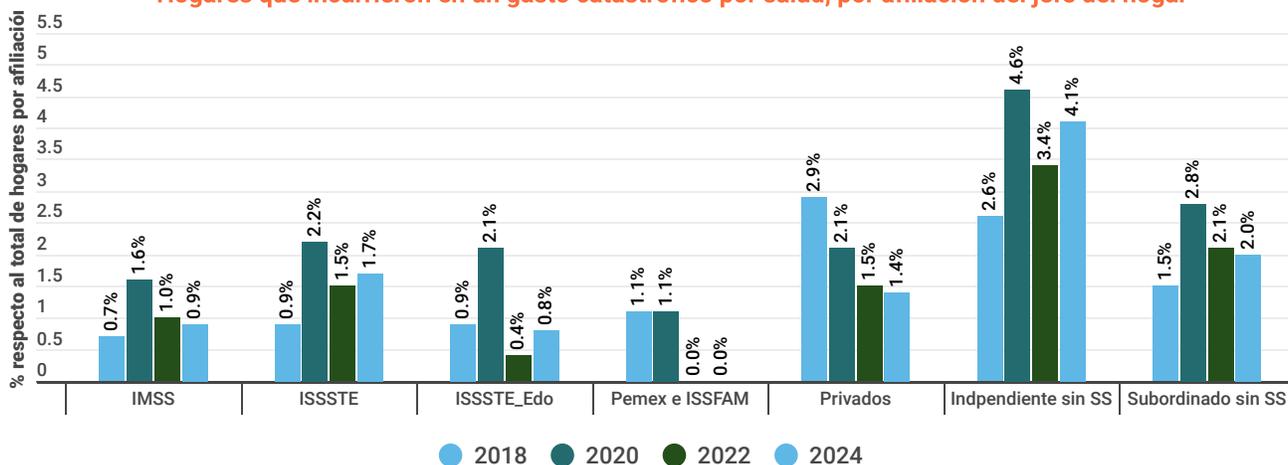
En 2024, el 4.1% de los hogares encabezados por personas que trabajan por cuenta propia enfrentaron gastos catastróficos en salud, un aumento considerable frente al 2.6% registrado en 2018. Del mismo modo, el 2.0% de los hogares cuyo jefe o jefa trabaja como subordinado informal, también incurrió en este tipo de gasto, un aumento frente al 1.5% observado en 2018. En cambio, apenas el 0.9% de los hogares encabezados por personas afiliadas al IMSS se vieron en esta situación, y **entre los hogares con acceso a los sistemas de salud de Pemex o de las Fuerzas Armadas, prácticamente ninguno reportó este tipo de gasto.**



Gasto catastrófico en salud por afiliación a sistema de atención médica del jefe del hogar

La afiliación a un sistema de salud reduce el riesgo de gastos catastróficos. En 2024, 0.9% de los hogares afiliados al IMSS tuvo gastos catastróficos en salud, 1.7% en ISSSTE y 0% en Pemex o ISSFAM. Por el contrario, incurrieron en gastos catastróficos 4.1% de los hogares de trabajadores independientes y 2.0% de los hogares con subordinados informales.

Hogares que incurrieron en un gasto catastrófico por salud, por afiliación del jefe del hogar



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 a 2024. *La capacidad de pago del hogar se define como los ingresos efectivos del hogar que están por encima del nivel de subsistencia. Xu, K. (2005). Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology (Discussion Paper EIP/HSF/DP.05.2). World Health Organization.



Una situación que resalta en 2024 es el aumento de hogares encabezados por trabajadores del estado, y que incurrir en gastos catastróficos. Así, en 2024 el 1.7% de estos hogares sufrió este tipo de gastos, mientras que en 2018 era menos del 1.0%. Esta situación puede ser reflejo de un debilitamiento de recursos públicos en el sistema de salud para los trabajadores del estado, como resultado de las políticas de austeridad republicana ejercidas durante el periodo 2019-2024.

El incremento de los hogares que incurrir en gastos catastróficos ha sido particularmente mayor en los estados con mayor rezago socioeconómico. La combinación de carencias estructurales y la falta de acceso efectivo a servicios de salud profundiza la vulnerabilidad de estas familias.

En 2024, **Oaxaca registró el mayor porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud, con un 7.0% del total estatal**, equivalente a 86,634 hogares. Lo más preocupante es que esta cifra representa un incremento del 125% respecto a 2018, es decir, 48,121 hogares más en esta situación. Este aumento tan pronunciado refleja con claridad la desprotección financiera que enfrentan los hogares oaxaqueños en materia de salud pública.

Otro de los casos más preocupantes es el estado de Veracruz, donde 103,734 hogares incurrieron en gastos catastróficos. Se trata del estado que concentra al mayor número total de hogares que incurrir en este tipo de gasto a nivel nacional. Además, de igual manera presenta un incremento de 49% (33,903 hogares) frente a 2018. Cabe señalar que todos los estados presentaron un incremento del número de hogares que incurrieron en gastos catastróficos.

Hogares empobrecidos por salud

Como señalamos anteriormente, durante el periodo 2018-2024, aumentó el número de hogares que incurrir en un gasto catastrófico por motivos de salud. Sin embargo, **este gasto puede ser de tal grado que los hogares se empobrecen directamente después de cubrir sus necesidades sanitarias.**

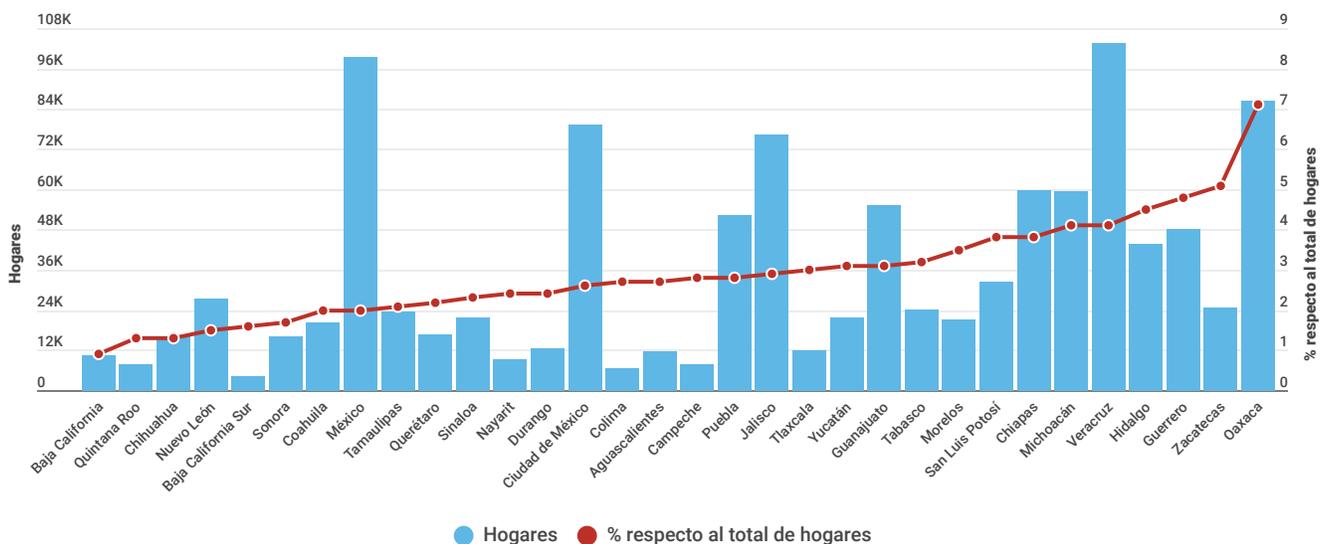
De acuerdo con la OMS (2005), un gasto en salud se considera empobrecedor cuando obliga a un hogar que no era pobre, a caer por debajo del umbral de pobreza tras realizar dicho gasto. Es decir, son hogares que, antes de pagar por atención médica, podían cubrir sus necesidades alimentarias, pero después de hacerlo ya no les alcanza para mantener ese nivel mínimo de bienestar.



Gasto catastrófico en salud por entidad federativa

En todos los estados aumentó, en 2024, el número de hogares que incurrieron en gasto catastrófico en salud (es decir, cuando el gasto de bolsillo supera el 30% de la capacidad de pago del hogar*)

Hogares que incurrieron en un gasto catastrófico en salud, por entidad federativa (2024)



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 a 2024. *La capacidad de pago del hogar se define como los ingresos efectivos del hogar que están por encima del nivel de subsistencia. Xu, K. (2005). Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology (Discussion Paper EIP/HSF/DP.05.2). World Health Organization.

Al cierre de 2024, alrededor de 287 mil hogares (0.7% del total) se empobrecieron después de cubrir el gasto para las necesidades en salud; un incremento de 60% (cerca de 108 mil hogares adicionales) en comparación con 2018.

Al igual que con los gastos catastróficos, el empobrecimiento de los hogares a causa del gasto en salud afecta de manera desproporcionada a quienes carecen de afiliación a un sistema de seguridad social. **En 2024, cerca de 97,636 hogares encabezados por personas que trabajan por cuenta propia cayeron en situación de pobreza tras cubrir gastos médicos.** De igual forma, 67,466 hogares encabezados por trabajadores subordinados sin afiliación también se empobrecieron por este motivo.

En contraste, los hogares con acceso a instituciones de salud pública presentan una protección mucho mayor. Entre los usuarios del IMSS, solo 14,283 hogares se empobrecieron por motivos de salud; en el caso del ISSSTE, apenas 495. Y entre los hogares afiliados a los sistemas de salud de Pemex o las Fuerzas Armadas, no se registró ningún caso de empobrecimiento por gasto en salud.

Estas diferencias evidencian una brecha profunda en la protección financiera, donde la ausencia de seguridad social deja a cientos de miles de hogares expuestos al riesgo de pobreza por razones de salud.

Acceso a la atención médica

El acceso a la atención médica es un fenómeno complejo de medir. Aunque podría parecer un tema sencillo, en la práctica ha generado múltiples indicadores, interpretaciones y controversias. Prueba de ello son los cambios introducidos en la ENIGH 2024, en la forma de preguntar a la población sobre su afiliación, uso y acceso a los servicios de salud.

Antes de los recientes cambios, existía en México un consenso entre analistas, académicos e investigadores sobre cómo medir el acceso a la atención médica. Este acuerdo se levantaba sobre la metodología de medición multidimensional de la pobreza, desarrollada por el hoy extinto Coneval.

El acuerdo se basaba en que, para la medición multidimensional de la pobreza, se debe incluir la carencia de acceso a los servicios de salud como parte de los derechos sociales. Para esto una persona se considera en condición de carencia de acceso si no está afiliada o adscrita

a alguna institución pública de seguridad social (como el IMSS, ISSSTE —ya sea federal o estatal—, Pemex, Ejército o Marina), no cuenta con servicios médicos privados, no estuvo inscrita en el extinto Seguro Popular, ni reporta tener derecho a la atención médica ofrecida por el Instituto de Salud para el Bienestar/IMSS-Bienestar (Coneval, 2023).

Así, con cada edición de la ENIGH, el Coneval evaluaba el acceso a los servicios de salud con el objetivo de identificar a la población en situación de esta carencia. Esta medición se realizó de manera sistemática desde el año 2008 y hasta el año 2023.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, a partir de 2019 el sistema público de salud experimentó una serie de transformaciones institucionales que no sólo implicaron un cambio de nombre, sino modificaciones en la cobertura y en el funcionamiento de los servicios destinados a la población sin acceso a la seguridad social.

Con la publicación de la ENIGH 2022, el número de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud, se disparó de forma importante. Mientras que en 2020 se registraban 35.7 millones de personas en esta condición, para 2022 la cifra ascendió a 50.4 millones. Esta tendencia ya mostraba señales preocupantes desde 2020, cuando se había reportado un aumento cercano a los 15 millones de personas respecto al periodo anterior (2018), evidenciando un deterioro sostenido en el acceso a los servicios de salud, a partir de los cambios institucionales iniciados en 2019.

Así, los datos exponían una profunda contradicción entre la promesa de garantizar un sistema de salud universal, y lo que reportaba la ENIGH: un crecimiento en el número de personas sin acceso a servicios médicos. Lejos de avanzar hacia la cobertura universal, las cifras mostraron un retroceso preocupante en la garantía del derecho a la salud.

De tal suerte, que el INEGI reconoció este contraste entre lo que reportaba la encuesta y las intenciones de universalidad de los cambios en el sistema de salud. Por ello, en la ENIGH 2024, se actualizaron las preguntas relacionadas con el acceso, uso y derecho a servicios médicos, como parte —según el propio INEGI— de un esfuerzo por reflejar el reconocimiento del carácter universal del derecho a la salud.

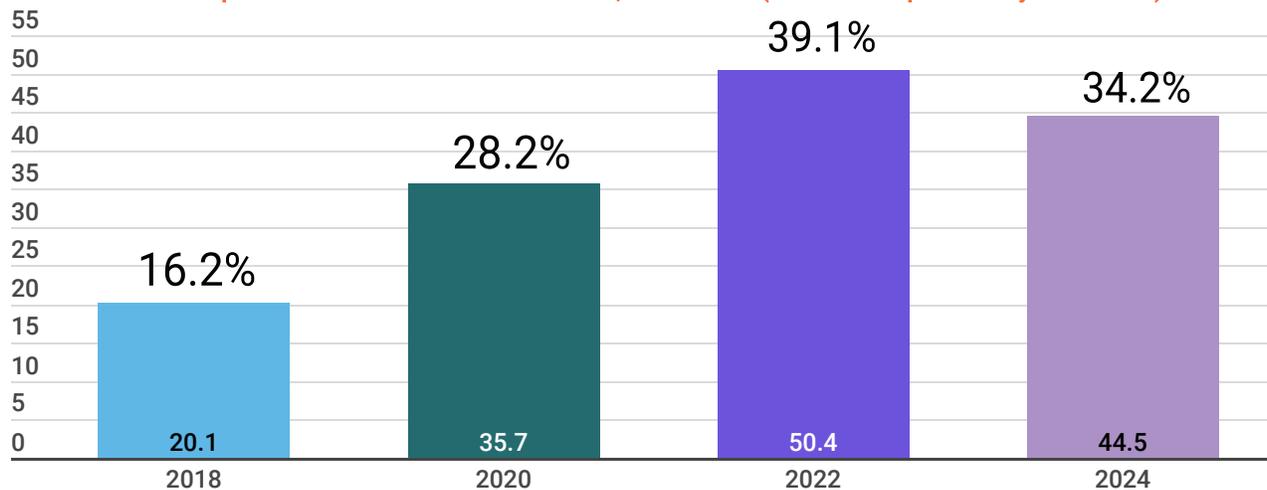
No obstante, la actualización en las preguntas sobre acceso a servicios médicos modifica la forma en que se mide este indicador, alejándose del enfoque previamente establecido por el Coneval. Este cambio rompe con el



Carencia por Acceso a Servicios de Salud

El número de personas sin acceso a servicios de salud llegó, en 2024, a 44.5 millones (34.2% de la población)

Carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2024 (Millones de personas y % del total)



Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 y 2022, mediante la metodología del Coneval. *Se considera que una persona cuenta con carencia por acceso a servicios de salud cuando: no cuenta con adscripción ni derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los otorgue, incluyendo el extinto Seguro Popular, las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, Ejército o Marina), o los servicios médicos privados. **Variación estadísticamente significativa al 95% de confianza.

<https://infogram.com/icass2024-1h0r6rzkdqxw4e>

consenso que existía entre investigadores, analistas y académicos, que venían evaluando el acceso a la salud conforme a los criterios de la medición multidimensional de la pobreza. Como resultado, han surgido posturas encontradas entre quienes defienden la continuidad metodológica, y la nueva propuesta presentada por el INEGI.

Al considerar los cambios en las preguntas, y tratar de acoplar la nueva estructura del cuestionario basado más en el acceso, que en la afiliación/inscripción como estaba anteriormente, se obtiene que **en 2024, 44.5 millones de personas se encontraban con carencia por acceso a los servicios de salud pública, lo cual representa el 34.2% de la población.**

Así, **al mantener los criterios establecidos por el Coneval, se observa una reducción de 5.9 millones de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud** en comparación con 2022. No obstante, pese a los esfuerzos institucionales del INEGI por reflejar el carácter universal del sistema público de salud, los niveles de 2024 aún están lejos de alcanzar los registrados antes de la pandemia y de los cambios estructurales en el sector salud.

La evolución del número de personas en condición de carencia por acceso a servicios médicos refleja, de manera inversa, los cambios en la población que sí dispone de este derecho. Por ello, analizar esta carencia implica observar tanto sus aumentos o reducciones como las distintas vías a través de las cuales las personas participan en el sistema de salud: ya sea por prestación laboral, parentesco, contratación voluntaria o por medio de programas dirigidos a quienes no cuentan con seguridad social.

En 2024, **se contabilizaron 24.9 millones de personas con acceso a servicios médicos como parte de sus prestaciones laborales**, una mejora respecto a los años 2022 y 2020. Sin embargo, esta cifra sigue siendo inferior a la registrada en 2018, cuando alcanzó los 26 millones, lo cual podría estar vinculado al aumento del empleo informal, donde el acceso a salud no está garantizado como parte de los derechos laborales.

También se observa un aumento en el número de personas que reportan tener acceso a servicios médicos privados. Cabe señalar que en su medición hay dos cuestiones particulares. Anteriormente el acceso a servi-

cios médicos privados era capturado mediante la contratación voluntaria de estos servicios, sin embargo, para 2024 se mide por la afiliación a servicios médicos privados.

Derivado de la incorporación de una nueva pregunta sobre la afiliación a un seguro de gastos médicos mayores, se decidió utilizarla como sustituto del acceso por contratación voluntaria. No obstante, esta variable no parece sustituir adecuadamente a la pregunta anterior sobre contratación voluntaria. En primer lugar, la afiliación a un seguro de gastos médicos mayores puede provenir del empleo y no necesariamente de una contratación voluntaria, por lo que no captura el mismo fenómeno.

En segundo lugar, el número de personas que reportan estar afiliadas a un seguro de gastos médicos mayores no coincide con quienes declaran haber contratado un seguro médico privado. Como consecuencia, **al excluir esta última variable, se dejan fuera aproximadamente 100 mil personas que sí cuentan con un seguro médico por contratación voluntaria**, pero que no son identificadas mediante la afiliación al seguro de gastos médicos mayores.

Como parte de los cambios en la ENIGH, se eliminó la pregunta directa sobre afiliación o inscripción a este tipo de instituciones públicas. En su lugar, se incluyeron dos nuevas preguntas: una sobre el acceso específico al

IMSS-Bienestar, y otra sobre el uso de servicios médicos en instituciones, centros de salud u hospitales públicos de carácter federal o estatal.

Siguiendo la recomendación del INEGI de considerar ambas preguntas de manera complementaria, **se estima que 18.2 millones de personas tuvieron acceso al IMSS-Bienestar en 2024**. Aunque esta cifra representa un leve aumento respecto a los 16.8 millones reportados en 2022, aún **se encuentra muy por debajo de los 52 millones que declaraban estar afiliados al Seguro Popular en años anteriores**.

Privatización efectiva del sistema de salud

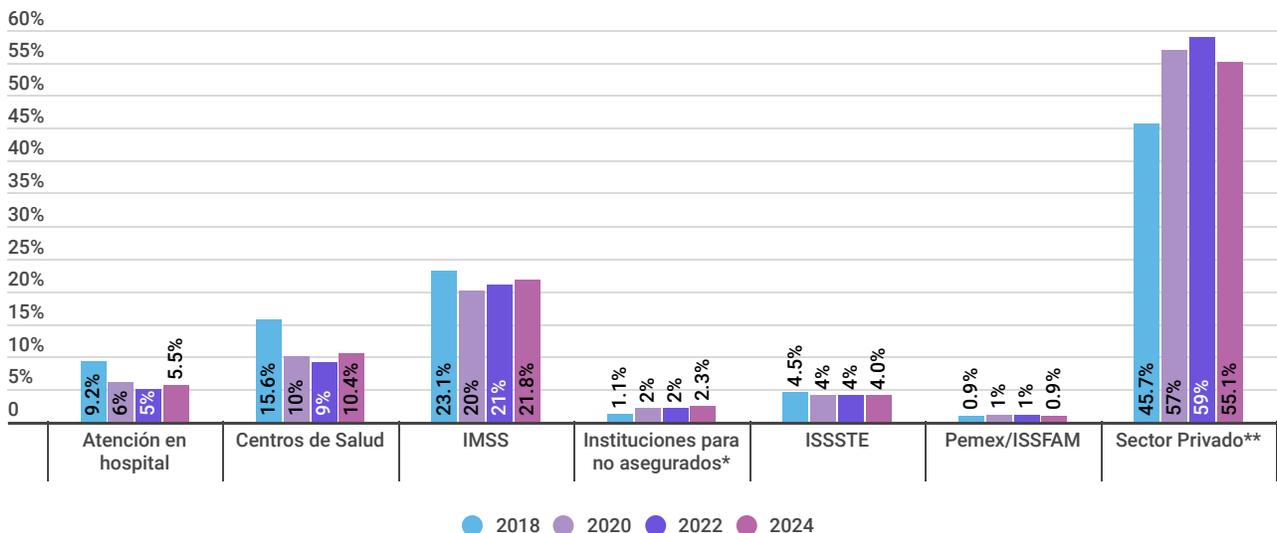
Si bien se registra una ligera disminución en el número de personas con carencia de acceso a los servicios médicos, también se observa un incremento en quienes optan por atenderse en el sector privado. Esto sugiere que el **aumento en la cobertura no necesariamente responde a una mejora en el sistema público de salud, sino en parte al recurso creciente de alternativas privadas**, muchas de ellas accesibles y de bajo costo, como las consultas médicas ofrecidas en farmacias que se encuentran "a la vuelta de la esquina".



¿Dónde se atienden las personas cuando buscan atención médica?

El 55% de quienes recurrieron a atención médica en 2024, lo hicieron en el sector privado: 9% más que en 2018. Cada vez menos personas se atienden en los centros y hospitales de la Secretaría de Salud y el IMSS.

Lugar de atención de las personas que recurrieron a atención médica (%), 2018-2024



Elaborado por México Evalúa con datos de la ENIGH 2018, 2020, 2024. **Sector privado incluye: consultorios y hospitales privados, farmacias, curanderos y otros. * Para el caso de 2022 y 2020 el componente de IMSS-Bienestar incluye a la población que se atendió en el INSABI, para el caso 2018 incluye a la población que recibió atención en IMSS-Prospera.



El 55% (49 millones de personas) de quienes en 2024 buscaron y recibieron atención médica, lo hicieron en el sector privado. Éste incluye consultorios y hospitales privados, farmacias, curanderos y otras opciones particulares. Se trata de un incremento de 9% frente al 46% (35.3 millones de personas) que reportaban asistir al sector privado en 2018.

En contraste, **se registra una disminución en el número de personas que reciben atención médica en el sector público,** particularmente en los centros de salud de la Secretaría de Salud y en las unidades del IMSS frente a 2018.

Sin embargo, **la privatización de la atención en salud es un fenómeno más amplio que simplemente acudir a hospitales o consultorios privados.** Sabemos que, en 2024, 88.9 millones de personas buscaron atención y la recibieron. Pero esto no implica que sólo esa cantidad, entre los 130 millones de habitantes que reporta la ENIGH, hayan presentado un problema de salud. Aunque 49 millones de personas reportan atenderse en el sector privado, muchas más recurren a soluciones fuera del sistema público, siendo la práctica más común la automedicación con medicinas compradas en farmacias privadas.

Esta forma de privatización no siempre es voluntaria. En muchos casos, **las personas evitan acudir a las instituciones públicas debido a la falta de medicamentos, la mala calidad percibida o experiencias previas negativas.** Así, ante la ausencia de acceso efectivo, recurren no sólo a la automedicación, sino a remedios caseros o consultas informales. En el fondo, este patrón refleja una exclusión sistemática del sistema público, donde la atención médica pasa a ser cubierta en la esfera de lo particular.

La automedicación se sostiene gracias a la disponibilidad de medicamentos en farmacias privadas. Esta tendencia ha ido en aumento: entre 2022 y 2024, la cifra de quienes lo hicieron creció en 6.3 millones de personas, lo que representa un incremento del 66%.

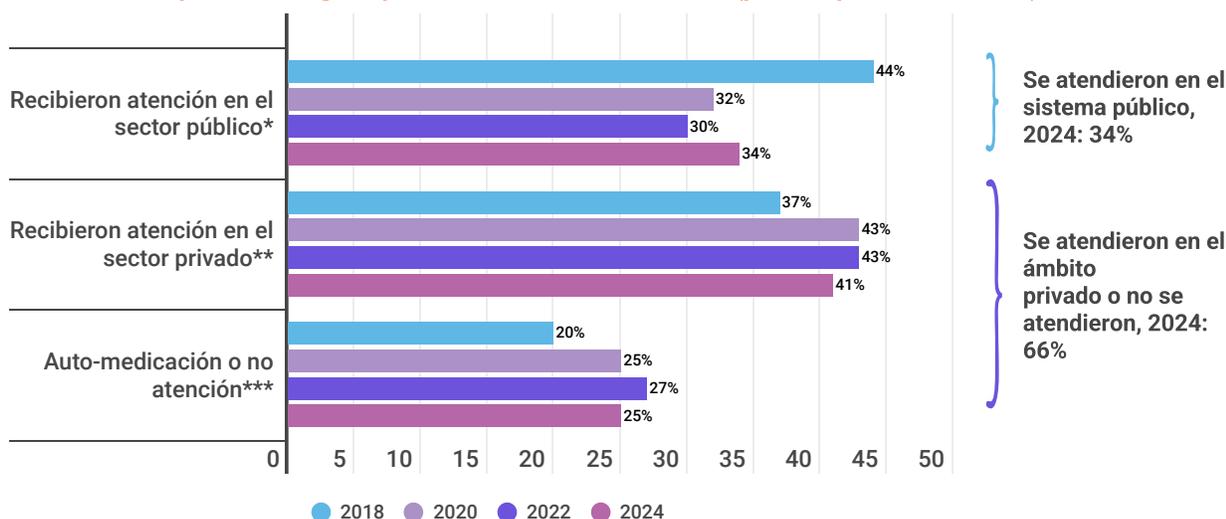
En 2024 hubo 118 millones de personas⁴ que presentaron un problema médico, la diferencia es que no todas buscaron atención. De éstas, una cuarta parte (25%), prefirió ni siquiera buscar atención. Los motivos son varios: desde preferir la automedicación, no tener confianza en el proveedor de salud, falta de medicinas, de doctores, mala atención, hasta que no se lo permiten en el hogar.



¿Cómo se atienden las personas?

118 millones de personas presentaron un problema de salud en 2024. 34% recibió atención médica en el sistema público de salud y, 66% se quedaron fuera de éste: 41% asistiendo directamente a consultas médicas con particulares y 25% se auto-medicó o no pudo atenderse.

% de pacientes según tipo de atención médica recibida (pública, privada o en casa), 2018-2024



Elaborado por México Evalúa con datos de la ENIGH 2018, 2020, 2024. *Incluye al número de personas que recibieron atención médica en una institución pública. ** Incluye al número de personas que recibieron atención médica en hospitales privados, consultad médicas en farmacias, curanderos y otros. ***Incluye a las personas que tuvieron problemas de salud pero no buscaron atención médica.

<https://infogram.com/atencionparticular2024-1h0n25o9jnmel4p>

⁴ Incluye la suma de las personas que recibieron atención médica más aquellos que tuvieron problemas de salud pero no buscaron atención.

Así, el número de personas que prefieren no buscar atención médica a pesar de requerirlo, aumentó 54% (10.2 millones de personas) en el periodo 2018-2024. Mientras que en 2018 las personas que no buscaban atención médica era de 18.8 millones (20% del total con problemas de salud), para 2024 este número aumentó a 29 millones de personas (25% del total con problemas de salud).

De esta forma, el uso de opciones en el sector privado para la atención de la salud es un fenómeno más amplio de lo que se mide con la atención directa. Si se considera no sólo a quienes acuden directamente a clínicas u hospitales de sector privado, sino a quienes, ante fallas del sistema público de salud, terminan resolviendo sus problemas médicos en la esfera de los particular —por ejemplo, mediante la automedicación—, entonces el número de personas que cubren sus necesidades de salud fuera del sector público asciende, de los ya mencionados 49 millones, a **78 millones**. Es decir, **alrededor del 66% de la población que requirió atención médica en 2024 acudió al ámbito privado. Compárese con el 56% (54 millones de personas) que atendió de esta manera sus problemas de salud en 2018.**

Otros indicadores del sistema público de salud

Entre las razones por las que los pacientes no buscan atención médica destacan los largos tiempos de espera y la lejanía de las clínicas. Entre 2018 y 2024, el tiempo promedio promedio para llegar a una clínica del sistema público —como el IMSS, el ISSSTE o los centros de salud— apenas ha bajado de 43 a 40 minutos en promedio⁵. En contraste, el tiempo de traslado hacia clínicas privadas es de 30 minutos en promedio.

Por otro lado, persiste una marcada diferencia en los tiempos de espera entre el sector público y el privado. En promedio, **una persona debe esperar 79 minutos para ser atendida en una clínica del IMSS, lo que representa más del triple del tiempo que se espera en una clínica privada**, donde la atención ocurre, en promedio, tras 25 minutos. Esta brecha en los tiempos de atención refuerza los motivos de las personas por curarse en el ámbito particular.



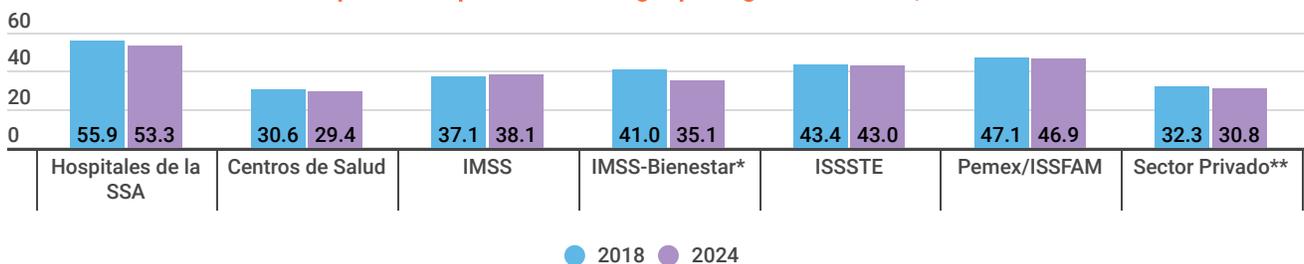
NÚMEROS DE ERARI



¿Cuánto tiempo tardan las personas en llegar al lugar de atención y ser atendidas?

En 2024 fue más rápido atenderse en el sector privado que en el público: en promedio una persona tarda 30 minutos en llegar a un consultorio privado y 25 minutos en ser atendido. En cambio, en el sector público tarda en promedio 40 minutos en llegar y casi una hora en ser atendidos.

Minutos promedio que tardan en llegar por lugar de atención, 2018 vs 2024



Minutos de espera promedio por lugar de atención, 2018 vs 2024



Elaborado por México Evalúa con datos de la ENIGH 2018, 2024. **Sector privado incluye: consultorios y hospitales privados, farmacias, curanderos y otros.

<https://infogram.com/tiempoaten2024-1h1749w8jegy1z>

⁵ El cálculo incluye a todos los entes de salud pública que reporta la ENIGH como IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, centros de salud estatales y Pemex/ISSFAM.



Conclusiones sobre la política en salud (2018-2024)

La política pública de salud en México en el último sexenio transitó de un modelo con avances comprobados en protección financiera —como el Seguro Popular—, hacia esquemas institucionales que, pese a prometer gratuidad y cobertura universal, han carecido de mecanismos sólidos de financiamiento y gestión.

El Seguro Popular logró reducir el gasto de bolsillo, los gastos catastróficos y la carencia de acceso a la salud, aunque mantuvo desigualdades territoriales o baja atención preventiva. Su sustitución por el Insabi, y posteriormente por el IMSS-Bienestar, amplió la población objetivo y prometió un mayor número de padecimientos cubiertos, pero al eliminar la afiliación, el catálogo de beneficios y el financiamiento per cápita, debilitó la certidumbre presupuestal y operativa.

El resultado ha sido un retroceso medible: caída del gasto público per cápita para personas sin seguridad social, reducción en las consultas otorgadas, incremento del gasto de bolsillo y de los gastos catastróficos de los hogares, así como una creciente privatización de facto de la atención, reflejada en el aumento del uso de consultorios privados, farmacias y automedicación. La

brecha de financiamiento entre asegurados y no asegurados se amplió, y la carencia de acceso a servicios médicos sigue por encima de los niveles previos a las reformas recientes.

En síntesis, la transición institucional no resolvió las fallas estructurales heredadas y, en cambio, debilitó la capacidad del Estado para garantizar acceso efectivo, calidad y equidad en la atención en salud, profundizando las desigualdades y trasladando un mayor peso financiero a los hogares, especialmente a los más pobres.

La principal lección que debemos extraer de estos cambios institucionales es que las reformas en salud no pueden depender únicamente de buenas intenciones o de ampliaciones legales de la cobertura, sino que requieren reglas claras de financiamiento, mecanismos de rendición de cuentas y continuidad de políticas efectivas. Desmontar sin evaluar, y sustituir sin garantizar capacidades operativas y recursos, genera costos sociales que afectan primero, y con mayor fuerza, a los sectores más vulnerables. El aprendizaje es claro: para alcanzar un verdadero acceso universal, la política pública debe priorizar la estabilidad institucional y financiera, mejorar la planificación de largo plazo y asegurar la equidad territorial.

Análisis de política pública comparada y recomendaciones en materia de salud

Aunque el sistema de salud mexicano reconoce el derecho a la protección universal de la salud en el artículo 4º constitucional, en la práctica enfrenta un problema de fragmentación institucional y limitaciones de financiamiento. Esta división genera servicios heterogéneos y desiguales entre las distintas instituciones (IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, etc), limitando el acceso efectivo a la salud para amplios sectores de la población.

Para fortalecer el sistema de salud mexicano y avanzar hacia una cobertura universal efectiva resulta fundamental analizar experiencias internacionales que sirvan como referente. La siguiente sección examina modelos de política pública en salud en casos latinoamericanos y en el sistema danés —un paradigma por su eficiencia y equidad—, con el objetivo de identificar buenas prácticas, contrastar estrategias y viabilidad de adaptación al contexto mexicano, tomando en cuenta los desafíos actuales.

Los ejes de comparación incluyen: estructura organizacional, mecanismos de financiamiento, colaboración intersectorial, transparencia y rendición de cuentas, abastecimiento y logística. El análisis tiene la intención de trazar rutas para diseñar políticas públicas más robustas en la materia.

El sistema de salud pública de Brasil

En Brasil, el sistema sanitario está compuesto por el sector público que cubre al 75% de la población y el sector privado que ofrece atención al 25% restante. El sector público se encuentra conformado por el **Sistema Único de Salud (SUS)**, financiado por impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno.



El país sudamericano inició sus primeros esfuerzos para ampliar la cobertura de acceso a la salud con la creación, en la década de 1920, del Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP) encargado de ejecutar políticas de salud con un énfasis preventivo. No obstante, en materia de atención hospitalaria, las Cajas de Jubilación y Pensiones (CAPs) —entes privados regulados por el Estado— eran las encargadas de ofrecer servicios médicos a **trabajadores formales**. Esta prestación de servicios era fragmentada, ya que cada empresa o sector tenía su propia caja.

Para 1949, se crea el Servicio de Asistencia Médica Domiciliaria de Urgencia (SAMDU), el primer ente estatal centralizado para la atención médica directa de la población. Estos servicios eran **exclusivos para los trabajadores formales**, principalmente en zonas urbanas. El financiamiento de este programa provenía de los distintos institutos de jubilación y pensión, y aunque su alcance era universal, la atención se limitaba principalmente a emergencias y urgencias médicas.

La atención primaria en salud adquirió mayor relevancia con la creación, en 1966, del Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) para unificar la gestión de los servicios de salud, a través de la fusión de las cajas de jubilación y pensiones y otros dos subsistemas (sistema de salud y sistema de asistencia social), así como la absorción del SAMDU (Rehem de Souza, 2002).

Con la transición del SAMDU al INPS se pasó de un modelo de atención de urgencias médicas a otro enfocado en la atención ambulatoria y hospitalaria más amplia. **Nuevamente, el sistema se enfocó en trabajadores formales**, bajo un modelo Bismarckiano⁶ donde sólo quienes contribuían tenían derecho a los servicios. Sin embargo, se empezó a dar una ruptura institucional gradual a través de programas de atención médica para todas las personas con financiamiento del Ministerio de Bienestar y Asistencia Social, ampliando el involucramiento del Estado en la provisión de los servicios de salud.

Las mejoras en la atención médica fueron acompañadas por políticas para expandir los derechos sociales, como la extensión de pensiones a trabajadores rurales y la creación de subsidios para la población adulta mayor. No obstante, tras un periodo de crisis económica durante la década de 1980 se puso a prueba el sistema de salud y se implementó una reforma que dispuso este derecho

como responsabilidad del Estado (Momen & Rosa-Freitas, 2015).

Fue con la promulgación de la Constitución de 1988 que se definió a la salud como un derecho de todos y un deber del Estado (Mercés Silva M.D, 2017). De esta forma nació el **Sistema Único de Salud (SUS)**. Este Instituto estableció como principio la atención universal para todas las personas residentes de Brasil⁷. Además, **su financiamiento fue a través de impuestos generales, a diferencia de sus predecesores que se financiaban con aportaciones obrero-patronales y algunos complementos de impuestos generales.**

Pese a la integración de los distintos sistemas de salud en uno sólo enfocado en atender a toda la población brasileña, la universalización del acceso a la salud enfrenta al día de hoy barreras estructurales como la desigualdad regional, así como la financiación y dependencia de redes privadas:

1. Una proporción significativa de las especialidades médicas continúa siendo atendida en el sector privado. Esto se debe a que el SUS contrata servicios especializados al sector privado debido a una infraestructura insuficiente.
2. La descentralización de los servicios ha trasladado una carga considerable a los municipios, especialmente en el ámbito de la atención primaria, con el objetivo de avanzar hacia la universalización del acceso a la salud (Campos, 2015). Los municipios tienen gran responsabilidad en la prestación de la salud pública, pero muchas veces las transferencias federales (recursos financieros otorgados desde la federación) son insuficientes. La disparidad entre municipios pobres y ricos, implica capacidades dispares de atención.
3. Restricciones impuestas por medidas de ajuste fiscal, recortes y congelamientos presupuestales han afectado a diversas políticas públicas, incluido el sector salud. La Enmienda Constitucional 95/2016, congeló el gasto federal por 20 años, limitando aún más la capacidad del SUS (OECD, 2025). El gasto **sólo puede aumentar con base en la inflación del año anterior**, sin considerar el crecimiento poblacional, el envejecimiento ni el aumento de demanda de servicios públicos.

6 Existen cuatro modelos de sistema de salud: 1) El modelo Bismarckiano es un sistema de atención médica donde la cotización médica proviene principalmente de las cotizaciones de empleadores y empleados. 2) El Modelo Beveridge es financiado por el Estado a través de impuestos generales. 3) El modelo de Seguro Nacional de Salud utiliza proveedores del sector privado, pero el pago proviene de un programa de seguros público al que todos los ciudadanos contribuyen. 4) El modelo de desembolso personal es aquel en que los usuarios pagan directamente al recibir los servicios de salud (Physicians for a National Health Program, s. f.).

7 No obstante, en Brasil existe un sistema exclusivo para las Fuerzas Armadas, el Sistema de Saúde das Forças Armadas, financiado por el presupuesto del Ministerio de Defensa, lo que genera desigualdades prácticas.

Operación del sistema de adquisición y abastecimiento de medicamentos

La regulación del mercado de medicamentos en Brasil se ha mantenido en constante evolución, aplicando diversos modelos. Inicialmente, la regulación de precios quedó a cargo del Consejo Interministerial de Precios en el periodo de 1968 a 1990. Posteriormente, se implementó un conjunto de políticas y reformas económicas conocidas como Plan Collor que tenía como objetivo el control de la inflación.

Durante 2000 y 2003 se creó la Cámara de Medicamentos (CAMED), que eventualmente fue sustituida por la Cámara de Regulación de Mercado de Medicamentos (CMED) que depende de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Este último organismo tiene como objetivo definir los límites de los precios de los medicamentos, adoptar reglas para estimular la competencia en la industria, monitorear la comercialización y aplicar sanciones (Villalobos Dintrans & Vásquez Contreras, 2021).

En cuanto a los incrementos de precios, la Ley establece que estos estarán limitados en términos porcentuales por un techo máximo, mientras que la entrada al mer-

cado de nuevos medicamentos se basa en el modelo de precios de referencia internos y externos o internacionales fijando los límites máximos del precio de fábrica.

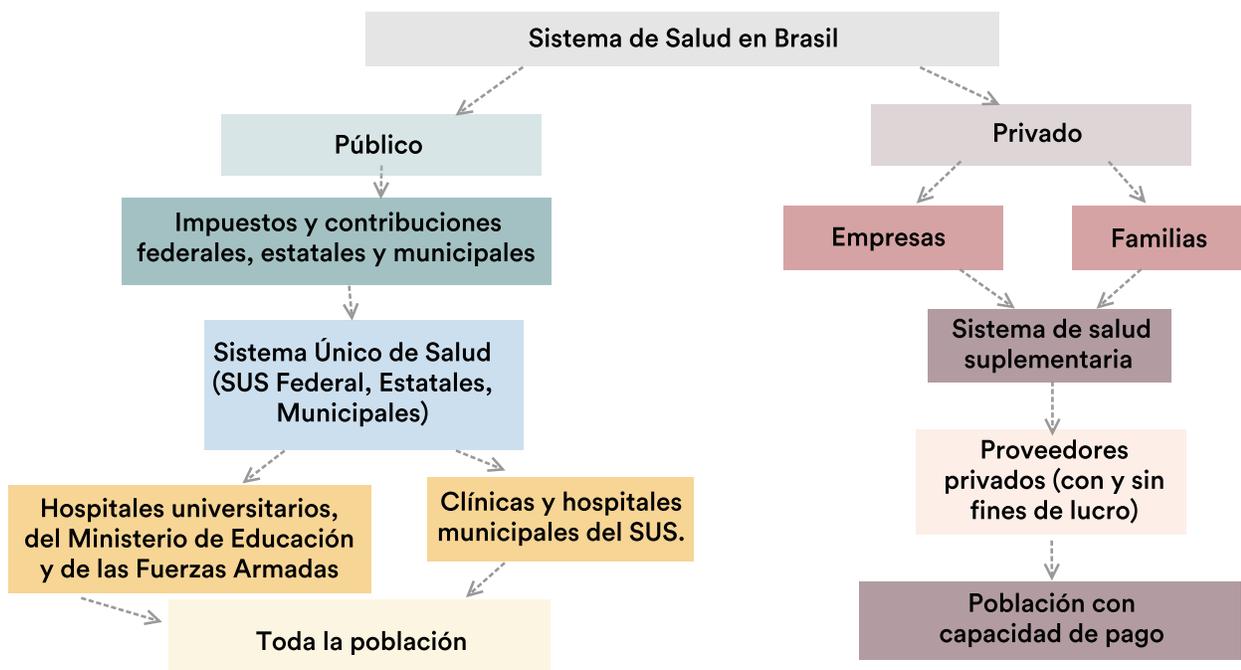
Por otro lado, existen dos modelos de farmacia: a) las de la red pública, que son gestionadas por el Estado, las municipalidades, las universidades y otras instituciones de salud, y b) las que son gestionadas por farmacias privadas. Esta segunda modalidad fue creada en 2006.

Las **farmacias públicas** cuentan con un catálogo de medicamentos que son vendidos a precio de costo, representando una reducción de hasta el 90% del precio de mercado, y para acceder a ellos es necesario presentar una receta médica. En el caso de las **farmacias privadas**, el costo de los productos **es financiado en un 90% por el estado y el ciudadano sólo cubre el 10% del precio de referencia (copago)**. Aunado a ello, desde 2011 el Programa de Farmacia Popular pone a disposición de la población los medicamentos para la hipertensión, diabetes y asma de forma gratuita tanto en la red pública como privada (Biblioteca del Congreso Nacional, s. f.). Para asegurar la trazabilidad, las farmacias que dispensan el medicamento al usuario con receta, registran electrónicamente esta transacción en un sistema del Ministerio de Salud.



Estructura del sistema de salud en Brasil

El sistema de salud de Brasil se ha caracterizado por ser un modelo de carácter universal y financiado por el Estado que busca extender la cobertura en salud para la población vulnerable.





Lecciones del caso brasileño para México

A pesar de consolidar normativamente la universalidad, el sistema de salud brasileño demuestra que la fragmentación operativa entre niveles de gobierno y las limitaciones presupuestarias, han perpetuado inequidades.

Como en Brasil, la integración de los sistemas mexicanos contributivos y no contributivos (IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar e instituciones estatales), sería deseable pero insuficiente. Además de la integración, sería necesario establecer mecanismos que aseguren estándares de calidad para todas las regiones del país.

Por otra parte, el congelamiento presupuestal del SUS revela el riesgo de vincular el gasto en salud a restricciones fiscales prolongadas. México debe blindar financieramente su sistema con reglas claras de financiamiento que aseguren un aumento continuo del presupuesto según las personas y enfermedades que se buscan atender.

Finalmente, Brasil interviene con dos mecanismos para asegurar el abasto accesible de medicamentos:

1. Aplica una regulación de precios de medicamentos para favorecer a las familias de menores ingresos. Esta regulación puede generar efectos no deseados en la oferta, innovación y disponibilidad, lo cual no sería aconsejable para México sin una buena estructura regulatoria.
2. Establece mecanismos de **colaboración público-privado** para asegurar el abasto de medicamentos con receta mediante farmacias privadas con esquema de copagos y alta trazabilidad de las operaciones. Este modelo sí sería deseable para México, en especial si se asegura la trazabilidad y progresividad del esquema.

El sistema de salud pública de Chile

El sistema de salud chileno es mixto: se compone de una red pública y una red privada. La red pública se organiza en torno al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Es coordinado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y lo integran organismos como el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que actúa como asegurador público y administrador de recursos. El Sistema opera bajo dos modalidades: institucional (uso de la red pública) y libre elección (convenios con privados).

La red pública atiende aproximadamente al 80% de la población. Este porcentaje se compone de: afiliados a FONASA (cerca de 70%), quienes normalmente acceden a la red de atención primaria; personas que reciben servicios a través de los sistemas exclusivos de salud de las Fuerzas Armadas, y que se financian con recursos propios (3%); y quienes, sin cotizar en FONASA, recurren a los servicios públicos de forma directa, principalmente trabajadores independientes y sus familias (7% restante).

En contraste, el sector privado, estructurado principalmente a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), cubre aproximadamente al 17.5% de la población. Por último, un pequeño porcentaje de personas (alrededor de 2.5%) paga directamente por su atención médica (Becerril-Montekio & Reyes, 2011).

Evolución del modelo chileno de salud pública

Los antecedentes de la institucionalización del sistema de salud en Chile se encuentran en dos hitos clave. El primero ocurrió en 1924 con la creación de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, que marcó el compromiso del Estado con la seguridad social y estableció un modelo de financiamiento tripartito (Estado, empleador y trabajador). Un sistema parecido al IMSS de México, donde el acceso a la salud estaba vinculado a la **situación laboral formal**.

El segundo tuvo lugar en 1942 con la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Se trataba de un servicio destinado a brindar atención médica a los **empleados públicos**, a forma de universalizar el sistema de salud para los trabajadores y extender la medicina preventiva. No obstante, este programa también dependía del estatus laboral de los trabajadores.

A la par de estas dos instituciones, los trabajadores que no eran obreros formales empezaron a tener beneficios a través de diferentes organizaciones caritativas con servicios limitados. **No fue sino hasta 1952 que se promulgó la Ley 10.383, que creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) como el organismo encargado de garantizar la protección de la salud para la población obrera y trabajadora, sin importar la relación laboral formal.** Es decir, se instauró el derecho a la salud no condicionado al trabajo. Además, se impulsaron medidas normativas orientadas a formalizar los paquetes de atención, especialmente en torno a los riesgos laborales. No obstante, en este periodo de la historia, el SERMENA —para empleados públicos— convivió con el SNS.



Lo anterior equivale a que el IMSS se fusionara con el IMSS-Bienestar para crear una sola institución, pero que siguieran existiendo el ISSSTE y el ISSFAM. Sería un paso hacia la consolidación del sistema de salud, aunque sin solucionar por completo su fragmentación.

En 1979, el SNS fue fusionado con el SERMENA como parte de una reestructuración del Ministerio de Salud, que tomaría la rectoría del sector sanitario. Con esta fusión se fundó el FONASA, el cual se encargaría de las funciones administrativas y financieras para dar atención al sistema. También emergió el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con el propósito de expandir la atención para atender a sectores marginados a partir de su nivel de vulnerabilidad económica (Federación Médica de Chile, 2023). **Es decir, Chile avanzó en la integración universal en salud para toda su población, aunque los militares siguieron teniendo un sistema aparte.**

No obstante, el proceso de integración del sistema de salud chileno fue revertido dos años después. Para 1981, se intentó aliviar la carga de los servicios de salud mediante el uso de seguros privados a través del esquema denominado Institutos de Salud Previsionales (ISA-

PRES). Esto dio origen a un nuevo esquema que permitió a los trabajadores elegir entre el sistema público o privado de atención médica (Miranda R. et al., 1994).

La idea era que el sector privado compitiera con el público para aumentar la eficiencia y calidad, así como descongestionar el sistema público. Los ciudadanos podían elegir a qué aseguradora dirigir su cotización obligatoria del 7% del salario, antes entregada exclusivamente al Estado. Esto permitió que empresas privadas compitieran como aseguradoras de salud (las ISAPRES), en paralelo a FONASA. No obstante, este esquema, aún vigente, segmentó a la población por nivel de ingreso y capacidad contributiva ya que, en la práctica, para acceder a estos planes se debe aportar más del 7% obligatorio y sólo las personas de altos ingresos pueden hacerlo.

A pesar de institucionalizar la segmentación de la atención, a partir de la década de 2000, Chile impulsó una serie de reformas orientadas a integrar y modernizar su sistema de salud, con énfasis en la equidad, la eficiencia y la protección de los derechos de los usuarios. Estos esfuerzos se estructuraron en cinco instrumentos legislativos:



mexicoevalua.org

NÚMEROS DE ERARIO



Cambios a la legislación del sistema de salud chileno

Algunas de las últimas reformas al sector salud chileno han estado orientadas a integrar y modernizar el sistema, con énfasis en la equidad, la eficiencia y la protección de los derechos de los usuarios.

Año	Ley	Cambios
2003	19.888	Introdujo un incremento al IVA como mecanismo de financiamiento para la reforma en salud.
2004	19.966	Dio origen al Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) , anteriormente conocido como Plan AUGE . Esta ley marcó un avance hacia una mayor equidad en la cobertura, aplicable tanto a beneficiarios de FONASA como de ISAPRE.
2004	19.937	Reformó la estructura institucional del sector salud, modificando las funciones del Ministerio de Salud y creando dos nuevos entes: La Superintendencia de Salud que supervisa al FONASA e ISAPRE y, la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
2005	Reforma complementaria a ISAPRE	Se introdujeron modificaciones regulatorias al funcionamiento de las ISAPRE, para reforzar la transparencia en los contratos y proteger los derechos de los afiliados.
2012	20.584	Estableció el marco general sobre los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Fuente: Elaboración propia con información de González Wiedmaier & Castillo Laborde, 2019.

<https://infogram.com/app/#/edit/2c817d47-11a7-4fd2-8383-3f0d97646538>



En 2004 se creó el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE)⁸, mismo que ha tenido aspectos positivos en materia de unificación de protocolos de tratamiento. El modelo también permitió realizar seguimiento y diagnósticos para enfermedades prevalentes en la población con mayor vulnerabilidad. Por ejemplo, la atención inicial al cáncer de mama no rebasa de los 30 días desde que se emite el diagnóstico. Gracias a la atención oportuna, se reducen complicaciones médicas futuras (México Evalúa, 2024).

Este tipo de atención es posible debido a la ampliación de cobertura financiera para este tipo de patologías desde un enfoque de derechos. Esto implica reconocer la necesidad de garantizar una atención oportuna a toda la población, independientemente de su condición socioeconómica.

Si bien, estas reformas buscaron tener un modelo más equitativo, persisten retos que responden a la fragmentación del sistema, particularmente en el ámbito del financiamiento. El sistema de salud chileno se financia a través de tres fuentes principales:

1. La cotización obligatoria del 7 % del salario, que se canaliza al FONASA si el afiliado opta por el sistema público, o a una ISAPRE si elige el sistema privado.
2. Recursos fiscales provenientes de los impuestos generales.
3. Aportes privados, como pagos directos y seguros complementarios (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2022).

Bajo un principio de solidaridad, el sector público (FONASA) redistribuye recursos de acuerdo con los ingresos y necesidades de la población. Así, atiende tanto a cotizantes, quienes son clasificados por su capacidad de pago, como a personas de bajos ingresos que acceden gratuitamente. Por otro lado, las ISAPRE gestionan los fondos de quienes eligen un seguro privado, ofreciendo coberturas y prestaciones diferenciadas según el plan contratado. **Sin embargo, en términos prácticos, las ISAPRE tienen más recursos por persona que el FONASA, lo que exacerba las diferencias en la atención médica.**



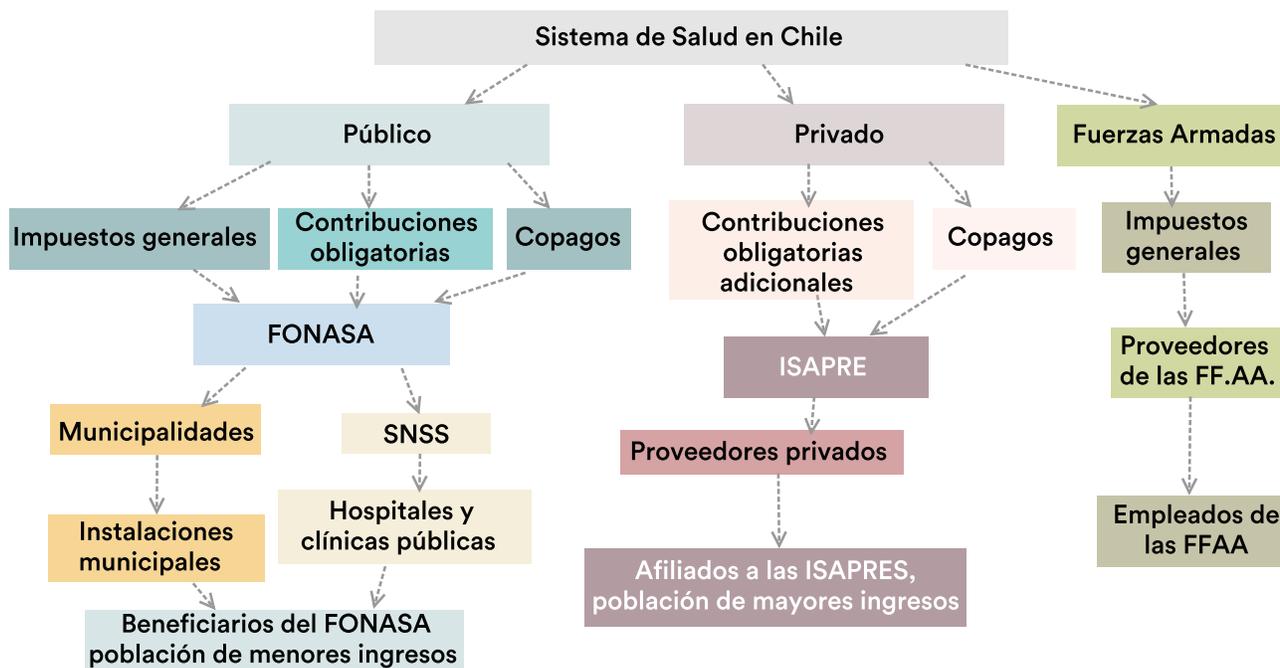
mexicoevalua.org

NUMEROS DE ERARIO



Estructura del sistema de salud en Chile

El sistema de salud de Chile ha pasado por varios procesos para reducir su fragmentación. Sin embargo, continúa dividido en función del nivel de ingreso y capacidad contributiva de la población



<https://infogram.com/sistema-de-salud-chile-1h984wv8w95od2p>

⁸ El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) también es conocido como Régimen de Garantías Explícitas (GES). Es un sistema de salud que garantiza el acceso y protección financiera de ciertas enfermedades y problemas de salud.



Operación del sistema de adquisición y abastecimiento de medicamentos

La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) es una institución pública y descentralizada del Ministerio de Salud. Tiene la responsabilidad de proveer de medicamentos, artículos farmacéuticos, insumos de laboratorio y otros materiales médicos necesarios para las acciones de salud de todos los organismos y entidades que integran o están adscritas al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

En enero de 2020 se modificó la Ley que regula las funciones de CENABAST. Esta modificación le otorgó nuevas funciones respecto a las farmacias, almacenes privados y establecimientos de salud sin fines de lucro. Es decir, **puede intermediar la compra de medicamentos tanto del sistema público como de farmacias privadas independientes, almacenes farmacéuticos o establecimientos de organizaciones sin fines de lucro. Esto le permite negociar precios con laboratorios a gran escala y distribuir medicamentos a farmacias privadas que cumplan ciertos requisitos.** El objetivo es reducir el costo final para los usuarios y asegurar la existencia de una cantidad adecuada de medicamentos en localidades aisladas (Villalobos Dintrans & Vásquez Contreras, 2021).

Sin embargo, en Chile las farmacias privadas no están propiamente integradas al sistema público como proveedoras de medicamentos subsidiados, como sucede en Brasil. Tampoco existe un subsidio al consumidor de medicamentos para las personas que compran en farmacias privadas.

Lecciones del caso de Chile para México

México debe avanzar hacia un sistema público único o coordinado, con financiamiento común y prestaciones homogéneas, independientemente del estatus laboral. En este proceso, se deben **evitar esquemas de cotización obligatoria que permitan a los usuarios elegir entre aseguradoras públicas y privadas** (como en Chile), ya que esto extrae a los más ricos del sistema público y reduce su base solidaria.

Un aprendizaje que México sí debe retomar de Chile, se encuentra en la Ley AUGE que establece garantías equi-

tativas para todos los pacientes, independientemente de su aseguramiento. Esta ley establece plazos de espera máximos para recibir atención e implementa un sistema de monitoreo y penalización para asegurar su cumplimiento. Este tipo de herramientas ayudaría a garantizar el acceso efectivo a la salud en México.

Además, México podría retomar la práctica de **centralización de compras de medicamentos** (como CENABAST) que permita controlar precios y asegurar abasto, **incluso con participación voluntaria de farmacias privadas asociadas.**

El sistema de salud pública en Dinamarca

El sistema de salud danés sigue un modelo de provisión universal financiado principalmente a través de impuestos generales, lo que lo convierte en un ejemplo representativo del modelo Beveridge⁹. Todo residente legal en Dinamarca tiene derecho a acceder a servicios de salud sin importar su condición laboral, ingresos o grupo social, lo que garantiza altos niveles de equidad. Los servicios incluyen atención médica primaria, especializada, hospitalaria y de rehabilitación, siendo gestionados por los cinco gobiernos regionales bajo la coordinación y financiamiento parcial del Gobierno central. La mayoría de los servicios son gratuitos en el punto de uso, y no existe un sistema de aseguramiento individual como tal, sino un esquema público unificado y solidario.

Un elemento central del sistema es la figura del médico general (General Practitioner, o por sus siglas, GP), quien actúa como puerta de entrada al sistema y coordinador del tratamiento del paciente. Las personas están asignadas a un médico de cabecera y requieren su referencia para acceder a atención especializada, lo que permite una administración eficiente y evita la sobreutilización de recursos. Además, las recetas emitidas por estos médicos pueden ser canjeadas en farmacias privadas, donde el Estado subsidia total o parcialmente el costo del fármaco según el historial de gasto acumulado del paciente, asegurando así la continuidad en el acceso a medicinas. **No existen sistemas paralelos exclusivos para fuerzas armadas, policías u otras corporaciones públicas; toda la población utiliza la misma red de servicios.**

⁹ El modelo Beveridge es un sistema de salud en el que la atención médica es proporcionada y financiada por el Gobierno a través de impuestos, garantizando la cobertura universal y el acceso equitativo a los servicios médicos para todos los ciudadanos. Este modelo, también conocido como sistema público o de pagador único, se caracteriza por la financiación estatal y la gestión pública de los servicios de salud. (Physicians for a National Health Program, s. f.). Otros países con este modelo son: Reino Unido, España, Finlandia, Suecia, Noruega o Nueva Zelanda.



Evolución del modelo danés

La evolución del sistema de salud danés refleja una transición gradual desde un modelo asistencial fragmentado hacia un sistema universal, centralizado y altamente coordinado. Sus orígenes pueden rastrearse al siglo XIX, cuando se establecieron **cajas mutualistas locales** (llamadas *sygekasser*) que ofrecían atención médica básica a trabajadores afiliados mediante cuotas voluntarias. Este esquema tenía un carácter contributivo y excluía a amplios sectores de la población. Fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial, en el contexto del fortalecimiento del Estado de bienestar, que Dinamarca avanzó hacia un esquema más inclusivo y financiado con impuestos generales.

Inicialmente, los hospitales de la red operaban de forma individualizada entre las ciudades y regiones, y eran utilizados por la población de escasos recursos. En la década de 1930 el Estado empezó a subsidiar los hospitales, pero la administración quedó a cargo de las regiones. No fue sino hasta **1973** con la promulgación de la Ley de Seguridad Social que la atención sanitaria fue financiada principalmente con impuestos generales (Birk et al., 2024). **Esta ley estableció el acceso universal a los servicios de salud como un derecho para todos los residentes.** Esta norma consolidó el financiamiento público del sistema mediante **impuestos generales** (en lugar de cotizaciones individuales) y asignó a los condados (amter) la responsabilidad de organizar los servicios sanitarios.

En 2007 se implementó una reforma administrativa que consolidó esta lógica descentralizada, ampliando las funciones de los distintos niveles de gobierno. En materia de salud, las regiones asumieron mayores competencias, tanto en la prestación de atención primaria, como en la contratación de médicos generales y especialistas. A su vez, los municipios adquirieron responsabilidades en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, mientras que algunas especialidades continúan siendo gestionadas directamente por el Estado.

Actualmente, la estructura del sistema de salud danés se organiza en tres niveles: nacional, regional y municipal, cada uno con funciones específicas en la regulación, provisión y gestión de los servicios. El Ministerio de Salud actúa como autoridad sanitaria nacional, encargado de establecer políticas y marcos normativos. Las regiones son responsables de los tratamientos hospitalarios y psiquiátricos, así como de parte de la atención primaria.

Por su parte, los municipios gestionan la enfermería domiciliaria, los cuidados a personas mayores y los servicios de rehabilitación.

Los médicos generales

La gestión de la salud pública en Dinamarca es muy distinta a los esquemas latinoamericanos ya que hace uso de profesionales privados, los GP. Ellos son el punto de entrada para la atención pública de especialidad. Sus principales características son:

1. Controlan el acceso a la mayoría de los especialistas que trabajan en consultorios y hospitales a través de un sistema de derivaciones, por lo que su papel dentro del sistema los coloca como el primer punto de contacto (Pedersen et al., 2012).
2. Son médicos independientes (no son trabajadores del Estado) y son remunerados por las regiones mediante pagos por capacitación y de servicios. Las tarifas son establecidas mediante acuerdos nacionales con asociaciones médicas.
3. Se encuentran sujetos a guías clínicas como el DAK-E (Unidad Danesa de Calidad en Medicina General.). Además, son evaluados por los pacientes a través del DANPEP (Evaluación Danesa de la Práctica Clínica por los Pacientes) y el Proyecto de Auditoría de Odense¹⁰, a través del cual los médicos pueden recibir retroalimentación para desarrollar intervenciones de mejor calidad (Pedersen et al., 2012).

Financiamiento y alcances de la gratuidad

La financiación del sistema de salud danés es predominantemente pública y se sostiene a través de los impuestos de los ciudadanos, así como de asignaciones estatales. Aproximadamente el 80 % del financiamiento proviene de impuestos nacionales sobre la renta, mientras que el 20 % restante corresponde a impuestos municipales y subsidios estatales (Birk et al., 2024).

A nivel local, los municipios obtienen ingresos mediante un impuesto proporcional sobre la renta, un impuesto a la propiedad inmobiliaria y subsidios globales otorgados por el Estado. Por su parte, las regiones —encargadas de la prestación de servicios hospitalarios y parte

¹⁰ Odense es el nombre de una ciudad en Dinamarca.

de la atención primaria— se financian principalmente a través de subvenciones globales del Gobierno central, esquemas de financiación basados en resultados y contribuciones municipales por los servicios prestados a sus residentes¹¹.

Participación de farmacias privadas

El sistema danés combina **un modelo universal y digitalmente integrado** donde las farmacias privadas operan como extensiones reguladas del sistema público. Los pacientes pueden surtir sus recetas en cualquier establecimiento autorizado, con acceso a subsidios automáticos y descuentos progresivos. Este sistema logra mantener **acceso eficiente, precios bajos y alta cobertura**, usando herramientas digitales y control estatal para asegurar transparencia y equidad sin fragmentación.

La base de este modelo es la interconexión del historial clínico del paciente. Aunque cada centro de salud, al ser autogestionado puede escoger qué modelo de historia clínica informática utiliza, deben de garantizar la interconexión de la información con otros hospitales y con el sistema electrónico de análisis clínicos. **A través de este sistema se gestionan las recetas electrónicas, lo que permite que el paciente se dirija a la farmacia comunitaria de su elección y presente su tarjeta sanitaria para que se le dispense el medicamento** (Eguia et al., 2019).

Las farmacias comunitarias son entidades privadas sujetas a una regulación estatal integral. Operan bajo un sistema de compensación financiera colectiva, mediante el cual aquellas que perciban ingresos superiores al promedio compensan a las que tienen ingresos inferiores. La asignación de estos recursos se realiza mediante acuerdos financieros anuales entre el Gobierno central y los municipios. Estos últimos no sólo determinan los techos presupuestales, también establecen las prioridades de política pública a las que deberán orientarse los recursos asignados (Birk et al., 2024).

El papel que realizan las farmacias privadas es importante en tanto son las encargadas de surtir las recetas de los pacientes bajo precios preestablecidos por la Agencia Danesa de Medicamentos. Sin embargo, **los pacientes tienen la oportunidad entre elegir medicamentos genéricos o cubrir el precio de medi-**

camentos más caros. Ello, aunado a una política de subsidios, permite que mientras más gasto se ejerza en este rubro después de alcanzar techos mínimos, el Estado cubra un mayor porcentaje del costo de los fármacos (Campos, 2025).

En 2020, las farmacias comunitarias representaron el 69% de las ventas de medicamentos de venta libre. A su vez, se han implementado herramientas digitales para que los pacientes consulten y soliciten la renovación de sus recetas. Así, el 83% de las farmacias ofrece servicios en línea para la compra de medicamentos (Birk et al., 2024).

En el caso del abastecimiento de fármacos y dispositivos médicos utilizados en los **hospitales públicos**, la agencia de adquisiciones Amgros —creada en 1990 y propiedad de las regiones danesas— compra todos los medicamentos mediante licitaciones abiertas. Esta agencia se coordina con las cinco regiones para asegurar entregas a tiempo y utiliza a distribuidores privados certificados para mantener un surtido de medicamentos “just in time” (Campos, 2025).

A su vez, el Consejo Danés para el Uso de Medicamentos Hospitalarios Costosos toma las decisiones sobre la compra de medicinas de precio elevado en hospitales públicos, por lo que este organismo interviene cuando es necesario alcanzar un consenso entre las regiones (Vogler, 2022). En otras palabras, este consejo realiza un análisis de costo-efectividad de fármacos hospitalarios y aprueba, restringe o rechaza su uso en la red hospitalaria

Cobertura en salud

Aunque el sistema de salud danés se caracteriza por su cobertura universal y el acceso esencialmente gratuito en el punto de atención para todos los residentes registrados, esta universalidad tiene limitaciones. En particular, los migrantes en situación irregular sólo tienen derecho a atención médica de urgencia. Por su parte, los solicitantes de asilo pueden acceder únicamente a lo que se considera atención sanitaria necesaria, lo que excluye intervenciones electivas o tratamientos prolongados.

Si bien no existe un sistema de beneficios definido, el alcance de los servicios de salud se describe en la Ley de Salud de 2007, a saber:

¹¹ Cada municipio establece su propia tasa impositiva.



Cobertura total:

- Atención primaria y preventiva
- Atención especializada y hospitalaria
- Cuidados a largo plazo
- Atención dental para menores

Cobertura parcial:

- Medicamentos ambulatorios
- Atención dental para adultos
- Fisioterapia
- Optometría

La ausencia de un paquete específico de servicios o beneficios en el sistema de salud danés responde, en gran medida, a la intención de mantener un modelo estandarizado que evite desigualdades entre regiones. Establecer una lista explícita de prestaciones podría generar presiones presupuestarias adicionales: las regiones podrían utilizarla como argumento para demandar mayores transferencias del Gobierno central, y los hospitales podrían emplearla para negociar incrementos en sus asignaciones con las autoridades regionales (Birk et al., 2024). Por ello, se opta por una cobertura amplia y flexible, basada en principios de equidad y eficiencia, más que en una delimitación rígida de derechos.

Transparencia y evaluación

El sistema de salud danés ha desarrollado un robusto modelo de evaluación de calidad que combina instrumentos técnicos y participación ciudadana. Desde 2002, con la implementación del programa DDKM (siglas de Den Danske Kvalitetsmodel, Modelo de Calidad Danés), Dinamarca estableció un sistema de acreditación basado en estándares nacionales que evolucionó en 2015 hacia el actual Den Danske Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet (Programa Danés de Calidad en el Sector Salud). Este nuevo modelo incorpora objetivos nacionales vinculantes, indicadores de calidad estandarizados y mecanismos de aprendizaje colaborativo entre instituciones, complementados con un sistema de registros clínicos nacionales y procesos independientes de evaluación.

La particularidad del modelo danés radica en su capacidad para integrar exigencias normativas con flexibilidad operativa, manteniendo siempre la participación ciudadana como eje central del proceso de mejora continua de la calidad asistencial (Birk et al., 2024).

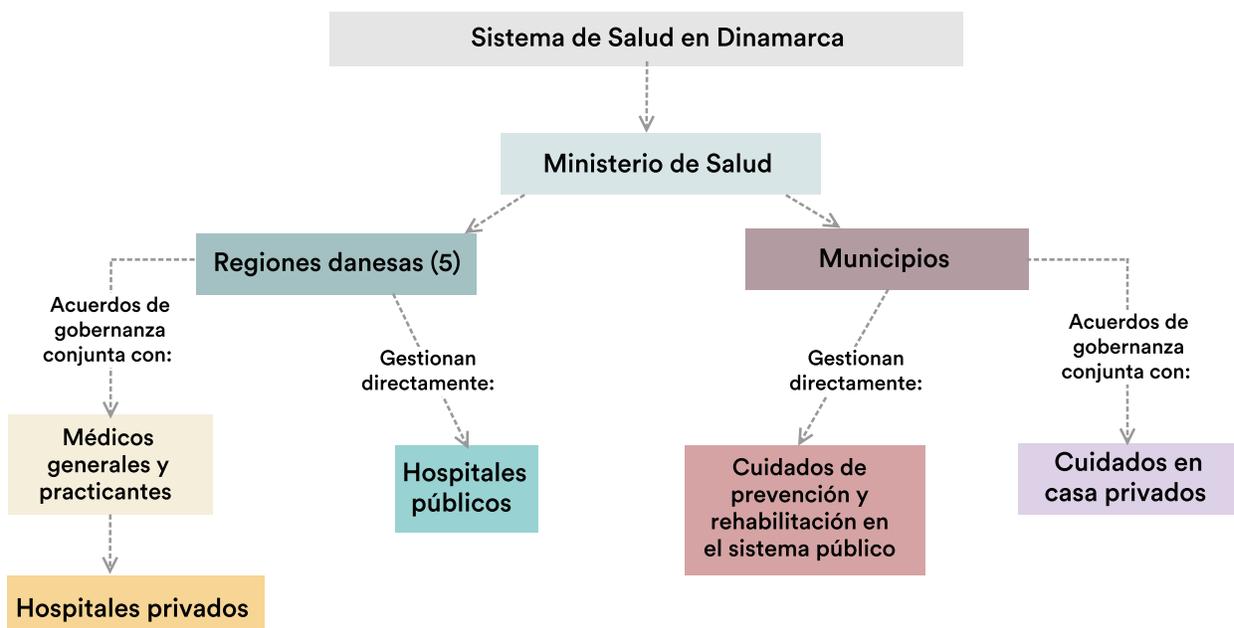


NUMEROS DE ERARI



Estructura del sistema de salud en Dinamarca

El sistema de salud danés es de cobertura universal y tiene una estructura de gobernanza basada en la gestión directa y creación de acuerdos con entes públicos y privados para proveer servicios a la población bajo un principio de equidad.



Lecciones del caso danés para México

El Gobierno mexicano ha comparado su sistema de salud con el de Dinamarca, destacando su carácter 100% público y universal. No obstante, para lograr un sistema de salud como el danés, es necesario integrar los distintos subsistemas, asegurar un financiamiento suficiente con impuestos generales, gestionar una descentralización efectiva y establecer mecanismos de participación del sector privado.

A diferencia del modelo mexicano, que está dividido entre múltiples subsistemas según el tipo de empleo (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, etc.), **Dinamarca ofrece un sistema único y universal para todos los residentes del país escandinavo.** Esta arquitectura institucional reduce desigualdades en el acceso, mejora la eficiencia administrativa y permite la construcción de una red de servicios común, sin duplicidades ni inequidades estructurales según condición laboral o estatus institucional. La ausencia de sistemas exclusivos —para trabajadores formales, Fuerzas Armadas, empleados de gobierno o empresas públicas— es una de las bases de su equidad. Si México desea garantizar el acceso universal y equitativo a la salud, debe emular verdaderamente el esquema integrado danés.

Para garantizar tal integración es necesario cambiar el mecanismo de financiamiento de un sistema basado en

cuotas obrero-patronales, hacia uno financiado **a través de impuestos generales.** Esta lógica evita que el acceso a servicios dependa del estatus contributivo/formal y facilita una planeación más integrada de los recursos.

El equilibrio de funciones entre el Gobierno central y los estados o regiones también es importante. Dinamarca ha construido mecanismos de coordinación entre niveles de gobierno (nacional, regional y municipal) con claridad en las funciones, reglas fiscales específicas y evaluaciones constantes, algo que en México sigue fragmentado y poco articulado entre federación, estados y municipios. México requiere otorgar mayores responsabilidades a los gobiernos subnacionales para avanzar hacia un sistema de gestión basado en resultados.

Finalmente, el sistema danés también muestra cómo el **sector privado puede jugar un rol complementario sin sustituir ni debilitar al sector público.** La existencia de farmacias privadas, reguladas con mecanismos de compensación financiera, garantiza la cobertura territorial y equidad en el acceso. En México podría incorporarse un sistema de licencias y regulación pública de farmacias privadas para la dispensación de medicinas cubiertas por el sistema público. Ello a su vez podría contribuir a resolver la problemática de desabasto de medicamentos. Además, la digitalización de recetas y la interoperabilidad de sistemas permitiría una atención más continua y centrada en el paciente.

Cuadro comparativo entre Sistemas de Salud

Aspecto	Brasil 	Chile 	Dinamarca 	México 
Cobertura 	Universal.	Segmentada.	Universal y gratuita para residentes.	Fragmentada y segmentada.
Modelo 	Público, con participación privada complementaria.	Mixto: sistema público (FONASA) y privado (ISAPRE) coexistentes.	Sistema público financiado por impuestos.	Mixto, con subsistemas contributivos y públicos.
Acceso 	Gratuito en el SUS, aunque con desigualdades regionales.	Condicionado a tipo de afiliación (FONASA o ISAPRE), copagos diferenciados.	Equitativo.	Desigual, condicionado al aseguramiento.
Organización 	Sistema descentralizado (SUS), coordinado entre federación, estados y municipios.	Sistema dual: atención primaria municipalizada e institutos hospitalarios regionales.	Descentralizado, con regiones y municipios.	Múltiples subsistemas, baja coordinación.
Financiamiento 	Impuestos generales, aportaciones sociales, transferencias federales.	Tripartita: Cotización obligatoria (7%), impuestos y aportes estatales.	Impuestos generales.	Mixto cuotas obrero-patronales e impuestos.



Vinculación público-privada 	Contratación de servicios privados por el SUS en atención especializada y hospitalaria.	ISAPRES compiten con FONASA; el privado tiene mayor cobertura entre grupos de mayores ingresos.	Colaboración estratégica: sector privado complementa al público mediante contratos para cirugías electivas, diagnósticos y servicios específicos, regulado y supervisado.	Sector privado funciona en paralelo y en competencia parcial con el sistema público, con alta segmentación y limitada coordinación.
Esquemas de atención 	Atención primaria mediante equipos comunitarios (Estrategia de Salud de la Familia), escalamiento a hospitales.	FONASA define red pública y libre elección mediante bonos; ISAPRES operan por red contratada.	Sistema de atención de acuerdo a las necesidades epidemiológicas de cada región.	Atención diferenciada por institución, sin unificación nacional. Cada subsistema (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, IMSS-Bienestar) define sus servicios, niveles de atención y estructura.
Esquema de beneficios 	Cobertura integral en el SUS (medicamentos, hospitalización, urgencias), gratuita al momento del uso.	FONASA: beneficios diferenciados por tramos. ISAPRES: beneficios definidos por contrato individual.	No existe un sistema específico.	Existe una canasta explícita de servicios en algunos subsistemas, pero no hay un sistema uniforme nacional. El acceso a beneficios depende del tipo de aseguramiento y afiliación institucional.
Evaluación o seguimiento a la calidad de los servicios 	Evaluación institucional a través del Ministerio de Salud, con indicadores nacionales y municipales	Evaluación separada por subsistema; FONASA y Superintendencia de Salud supervisan estándares en ISAPRES y red pública	Sistema robusto de evaluación continua mediante registros clínicos nacionales, reportes de desempeño y aprendizaje colaborativo.	Evaluación fragmentada, centrada en indicadores administrativos y financieros más que clínicos. El seguimiento a la calidad varía por institución.
Abastecimiento de medicinas 	Centralizada bajo la figura de la CENABAST que además funge como negociador con el sector privado, para fijar precios.	Sistema mixto con participación pública y privada. Costo de las medicinas gratuita para enfermedades crónicas y financiamiento del 90% por el Estado.	Estructura centralizada bajo un ente público que se encarga de abastecer a hospitales. Costo de las medicinas después de cubrir cuotas anuales es financiado por el Estado.	Estructura centralizada para el sistema público, exclusión de participación de entes privados.

<https://infogram.com/comparativo-sistemas-de-salud-1h0n25o9j3drl4p>

Resultados comparados en salud

El análisis de los indicadores que se presentan a continuación revela que Chile, a pesar de tener un sistema segmentado, presenta una cobertura en salud (95.3% en 2023) notablemente cercana al modelo universal de Dinamarca (100%). El país sudamericano supera ampliamente a México (77.6%), cuya brecha de 22.4 puntos porcentuales refleja desafíos críticos en acceso universal.

En cuanto a recursos hospitalarios, Chile destaca por el mayor incremento en médicos por cada 10 mil habitantes. Pasó de 6.9 en 2016 a 29.7 puntos en 2021, dentro del rango óptimo sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es de 20 a 30 médicos por cada 10 mil habitantes. Dinamarca lidera ampliamente este indicador con 44.98 médicos, mientras que México se mantiene en una posición intermedia con 25.41 médicos por cada 10 mil habitantes, con un avance en la reducción de su brecha de recursos humanos en salud entre 2016 y 2021.

En materia de infraestructura básica, México muestra un rezago significativo en comparación con otros países de la región, como Brasil y Chile que se encuentran cercanos a los estándares de los países nórdicos. Con apenas 10 camas por cada 10 mil habitantes, se ubica muy por debajo de Dinamarca (25.9) e incluso por debajo del promedio regional. Este déficit, sumado a la falta de políticas públicas efectivas para ampliar los recursos disponibles, limita severamente la capacidad de respuesta ante la demanda de servicios de salud.

La disminución en el número de consultas médicas para el caso mexicano (1.5 consultas por persona) no necesariamente refleja una mejora en la salud poblacional. Al compararlo con países como Dinamarca (4.6), Chile (2.6) e incluido Brasil (1.6), este resultado sugiere más bien problemas estructurales en el sistema.

Por ejemplo, a diferencia de Dinamarca, donde las admisiones hospitalarias por asma se mantienen estables o en aumento (50.4 por cada 100 mil habitantes en 2021), en México se observa una disminución en la tasa de hospitalizaciones por asma en atención primaria, pasando de 9.4 a 2.2 por cada 100 mil habitantes entre 2016 y 2021. El caso danés puede reflejar una oferta accesible y de calidad que favorece el uso oportuno de servicios. La reducción del dato mexicano difícilmente muestra una mejoría en la salud de la población y más bien expone que el sistema cada vez puede atender a menos personas. En otra comparación, Chile tuvo una reducción de 10.2 hospitalizaciones (pasó de 18.6 a 8.4) por cada 100 mil habitantes en el mismo periodo.

En ese sentido, se observan descensos generalizados en las tasas de hospitalización para todos los padecimientos analizados (además de asma, enfermedades pulmonares crónicas, insuficiencia cardíaca crónica y diabetes). Aunque en principio esto podría interpretarse como una mejora en la gestión ambulatoria de enfermedades crónicas, es fundamental considerar que estas cifras no miden cuántas personas acceden al sistema o reciben tratamiento, sino solo cuántas llegan a requerir hospitalización. Por lo tanto, estas reducciones podrían estar reflejando problemas estructurales tanto de demanda por estos servicios. Entre ellas:

- **Barreras de acceso:** desabasto de medicamentos, largos tiempos de espera o falta de especialistas, lo que desincentiva la demanda.

- **Desconfianza en los servicios:** sistemas públicos saturados o percibidos como ineficaces, llevando a la población a automedicarse o abandonar tratamientos (Ordoñez-González & Basurto, 2023).
- **Subregistro:** limitaciones en la capacidad de reporte de las instituciones, especialmente en zonas rurales o marginadas.

Estos factores tienen relación con el elevado desembolso para atención médica de los hogares en México respecto del gasto total en salud público y privado. Este indicador se mantuvo en niveles críticos (41.37% del gasto corriente total), y es el más alto entre los países analizados. Es decir, del total del gasto en salud realizado en México, el 41.37% fue asumido por las familias mexicanas debido a la falta de cobertura por parte del Estado o instituciones financieras. Por el contrario, Dinamarca (12.6%), Chile (30.27%) y Brasil (22.65%) tienen un gasto de bolsillo menor. El caso mexicano refleja un sistema de salud que transfiere los costos a los pacientes, limitando su acceso a atención oportuna.

Lo anterior, no sólo refleja un sistema de salud que falla en proteger económicamente a su población, sino que tiene un impacto directo en los indicadores de mortalidad. Mientras Dinamarca (con apenas 12.6% de gasto de bolsillo) muestra las tasas más bajas de mortalidad tratable¹² (54 por 100,000 hab. en 2021), México registra cifras graves (175), lo que pone de relieve cómo la barrera económica se traduce en muertes prevenibles.

Aunado a ello, México tiene una tasa de 42 muertes maternas por 100,000 nacimientos (2023), casi 10 veces mayor que Dinamarca (4). Esto se correlaciona con la falta de controles prenatales. En 2016, la OMS alertó que aunque el 98.4% de las mujeres embarazadas recibía atención prenatal únicamente el 71.5% recibía esta atención de forma adecuada (Heredia-Pi et al., 2016).

Este debilitamiento del sistema de salud mexicano es resultado de la falta de inversión en el sector. Sin un financiamiento público robusto y una cobertura universal, los indicadores de acceso y calidad de los servicios de atención médica continuarán generando desigualdades, y nos mantendrán muy lejos de alcanzar los niveles de cobertura universal de países como Dinamarca.

¹² Mortalidad tratable o sensible a la atención médica se refiere a las muertes que podrían evitarse si la persona recibiera atención médica oportuna y efectiva, una vez que ya está enferma.



Indicadores de acceso, cobertura y financiamiento en salud

Varios años y nivel de desempeño

Mejor desempeño
 Desempeño medio
 Desempeño medio-bajo
 Desempeño bajo

Indicador	Año	Dinamarca	México	Brasil	Chile
Cobertura en salud (% de la población)					
Sistema público	2016	100	89.9		94.2
	2023	100	77.6		95.3
Recursos humanos en salud (Tasa por cada 10,000 hab.)					
Médicos	2016	39.99	23.45	21.98	22.86
	2021	44.98	25.41	21.91	29.79
Enfermeras	2016	115.86	28.81	94.87	30.66
	2019	118.88	28.65	43.21	35.76
Infraestructura hospitalaria (Tasa por cada 10,000 hab.)					
Camas disponibles	2016	26.1	10	23.2	21.3
	2020	25.9	10	24.3	20.3
Utilización de servicios médicos (promedio por persona)					
Consultas	2016	4.5	2.6	2.4	3.6
	2021	4.6	1.5	1.6	2.6
Gasto en salud (% del PIB)					
Gobierno y esquemas contributivos.	2016	8.6	2.8	4	5
	2022	8.0	3	4.3	5.8
Gobierno (impuestos generales)	2016	8.6	1.3	3.8	0.2
	2022	8.0	1.4	4.3	0.3
Esquema contributivo	2016		1.5	0.1	4.8
	2022			0.1	5.5
Gasto privado en salud como % del gasto total en salud de la economía					
Gasto privado	2016	13.52	41.37	24.42	34.75
	2021	12.60	41.37	22.65	30.27
Riesgo de gasto catastrófico por atención quirúrgica (% de personas en riesgo)					
Gasto catastrófico	2016	0	11.3	13.4	8.3
	2022	0	8.2	23.1	13.8
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1,000 nac.)					
Mortalidad	2016	4	15.7	15.3	7.8
	2022	3.5	12.8	14	6.3
Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nac.)					
Mortalidad	2016	5	43	64	13
	2023	4	42	67	10
Tasa de mortalidad tratable (por cada 100,000 hab.)					
Mortalidad tratable	2016	64	166	148	83
	2021	54	175	138	76



Atención primaria (por cada 100,000 hab.)					
Admisiones por asma	2016	55	9.4		18.6
	2021	50.4	2.2		8.4
Enfermedades pulmonares crónicas	2016	331.3	102.2		102.9
	2021	228	18.3		87.30
Insuficiencia cardíaca crónica	2016	185	65.3		110.3
	2021	159.7	34.9		83.4
Diabetes	2016	142.5	301.9		136.6
	2021	101.9	142.2		96.9
Vacunación (%)					
HIB3 en niños de 12 a 23 meses	2016	94	93	89	95
	2022	97	83	77	96
Sarampión en niños de 12 a 23 meses	2016	94	96	95	93
	2022	95	86	81	94
DTP (difteria, tétanos y tos ferina) 3era dosis	2016	94	93	89	95
	2024	96	78	91	95

Fuente: Elaboración de México Evalúa con información de OMS y OCDE.

<https://infogram.com/indicadores-de-acceso-en-salud-1hxj48m8ej17q2v>



Recomendaciones de política pública para México

México no podrá construir un sistema de salud equitativo, universal y sostenible si no enfrenta las raíces estructurales de su segmentación, su financiamiento condicionado y su gobernanza fragmentada. Las experiencias de Brasil, Chile y Dinamarca muestran que la integración institucional, el financiamiento solidario, la regulación inteligente del sector privado y las garantías explícitas son pilares de cualquier transformación efectiva.

Por esta razón, resumimos las siguientes recomendaciones de política pública:

1. Hacia un sistema único, universal y no segmentado

México debe avanzar en la **integración de los distintos subsistemas** de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, IMSS-Bienestar, estatales), para construir un sistema único, universal y sin fragmentación laboral o institucional. Como muestra Dinamarca, un sistema que

no diferencia por tipo de empleo ni afiliación favorece la equidad, la eficiencia administrativa y la sostenibilidad financiera. Al igual que Brasil y Chile lo intentaron en ciertos momentos históricos, **la consolidación normativa no basta si no se acompaña de integración operativa real, financiamiento equitativo y calidad homogénea** en todo el país.

2. Financiamiento público sostenido con base en impuestos generales

México debería transitar hacia un modelo de financiamiento basado **en impuestos generales** —como en Dinamarca—, en lugar de depender de **cuotas obreiro-patronales**, pues se condiciona el acceso a la formalidad laboral. Esta medida permitiría garantizar derechos universales y construir un sistema más **solidario y redistributivo**. Además, se requiere establecer **reglas claras de financiamiento**, vinculadas a criterios poblacionales, epidemiológicos y territoriales, evitando rigideces como el congelamiento presupuestal que afectó al SUS en Brasil.

3. Universalizar el acceso efectivo, no sólo la afiliación nominal

Una lección transversal en los casos analizados es que **la cobertura legal o afiliación no garantiza por sí sola el acceso real a servicios de salud oportunos, suficientes y de calidad**. En México, millones de personas están afiliadas a algún subsistema (IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar), pero enfrentan **esperas prolongadas, escasez de medicamentos o atención limitada**, lo que los obliga a recurrir al gasto de bolsillo.

Por ello, México debe **definir e implementar un paquete garantizado de servicios básicos universales**, accesible para toda la población sin importar su estatus laboral, región o tipo de afiliación. Una lección clave del modelo chileno es la implementación de la **Ley AUGE**, que establece garantías explícitas en salud, incluidos **tiempos máximos de espera, cobertura específica por patologías** y mecanismos de sanción en caso de incumplimiento. México debería adoptar una estrategia similar, con **paquetes de beneficios claros, garantías exigibles y sistemas de evaluación y auditoría robustos**, que ayuden a hacer efectivo el derecho a la salud más allá del discurso normativo.

4. Gobernanza coordinada y descentralización con capacidades

México debe construir una gobernanza sanitaria más articulada entre federación, estados y municipios, con **responsabilidades bien definidas, capacidades técnicas y financieras transferidas** y mecanismos de **evaluación de resultados**. La experiencia danesa demuestra que una descentralización bien diseñada puede fortalecer el sistema, pero requiere de una arquitectura institucional clara y reglas fiscales estables. Esto es especialmente relevante para la atención primaria, que en México sigue siendo débil y fragmentada.

5. Participación regulada del sector privado en el abasto de medicamentos.

Tanto en Brasil como en Dinamarca, **el sector privado participa en el suministro de medicamentos** bajo esquemas públicos regulados: ya sea mediante **farmacias privadas bajo convenio con subsidios del Estado** (Brasil) o **farmacias privadas con precios regulados y compensaciones cruzadas** (Dinamarca). México podría aprovechar esta experiencia para diseñar un **modelo voluntario de participación privada en el abasto de medicamentos**, con regulación de precios, trazabilidad digital, y mecanismos de cobertura universal.

6. Fortalecimiento digital y atención centrada en el paciente

México puede beneficiarse de impulsar la **digitalización de los sistemas de receta electrónica, historial clínico y compras públicas**, como en Dinamarca. Esta interoperabilidad permite una atención más centrada en el paciente, reduce la duplicación de pruebas o tratamientos y facilita la coordinación entre niveles de atención y proveedores. La adopción de **sistemas electrónicos unificados** en salud pública debe ser una prioridad estructural.

7. Fortalecer el monitoreo, la evaluación y la transparencia del sistema

Una lección clave de los sistemas de salud más eficaces, como el danés, es la existencia de **sistemas robustos de evaluación de calidad y desempeño** que permiten orientar decisiones, mejorar la eficiencia y rendir cuentas a la ciudadanía. En México, la información se encuentra dispersa entre instituciones, con **baja interoperabilidad, registros incompletos y escasa evaluación sistemática**.

Por ello, es imprescindible **crear un Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad y Desempeño en Salud**, que integre los distintos subsistemas, establezca **indicadores comparables y públicos**, y promueva **mecanismos de mejora continua**. Este sistema debe incluir **incentivos por resultados, auditorías técnicas, participación ciudadana y uso intensivo de tecnologías digitales**, para fortalecer la rendición de cuentas y la transparencia. Solo así podrá superarse el rezago institucional que mantiene al sistema centrado en la atención reactiva y fragmentada, y avanzar hacia un modelo más preventivo, eficiente y centrado en el paciente.

8. Mejorar la gobernanza del Fonsabi con base en estándares internacionales de transparencia y focalización

El Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi) representa uno de los instrumentos clave para asegurar el acceso efectivo a servicios de salud a la población sin seguridad social. Sin embargo, su uso opaco, su flexibilidad contable y la debilidad de su gobernanza institucional han debilitado su impacto real en la atención sanitaria.

En comparación internacional, el caso de Chile ofrece una experiencia relevante a través de la Ley AUGE, que define explícitamente un conjunto garantizado de enfermedades y condiciones de atención, con plazos máxi-



mos, costos regulados y obligaciones de cumplimiento para el Estado, tanto en FONASA como en ISAPRES. A diferencia de Fonsabi, que no tiene un catálogo claro de enfermedades financiadas ni reglas rígidas de uso, el modelo chileno permite trazar claramente el destino de los recursos, con mayor rendición de cuentas y equidad en el acceso.

Por tanto, **México debe fortalecer la gobernanza del Fonsabi**, garantizando:

- **Transparencia contable y trazabilidad** del gasto, evitando transferencias opacas a la Tesorería de la Federación.
- **Delimitación clara de usos permitidos**, centrados exclusivamente en enfermedades catastróficas, medicamentos esenciales y obras de infraestructura necesarias.
- **Establecimiento de un catálogo explícito de intervenciones financiables**, inspirado en el modelo AUGE, que permita evaluar el impacto del fondo.
- **Profesionalización de su Consejo Técnico**, incorporando criterios técnicos, participación ciudadana y monitoreo independiente del cumplimiento.

9. Reducir la desigualdad geográfica en infraestructura y personal médico

Para corregir la desigualdad regional en materia de atención, es necesario un programa plurianual de inversión focalizada, con presupuesto etiquetado para construir y equipar hospitales, así como para contratar y retener personal médico en las zonas con mayor déficit.

La asignación de recursos debería basarse en criterios objetivos como la brecha de camas por habitante, el tiempo de traslado a un hospital y el déficit de especialistas, evitando así la distribución discrecional por razones políticas.

Países como Chile han implementado planes similares con éxito, reduciendo los tiempos de traslado y las diferencias en mortalidad evitable. El reto principal sería evitar que los estados con mayor desarrollo capten la mayoría de los recursos, así como garantizar que las obras y contrataciones se completen a tiempo y que el personal acepte trabajar en zonas con baja atracción, lo que requeriría incentivos salariales y de desarrollo profesional.

10. Fortalecer la detección temprana de enfermedades crónicas y cáncer

Se deben establecer metas obligatorias de detección — integradas entre la Secretaría de Salud y el IMSS-Bienestar—, incluyendo indicadores como el porcentaje de adultos tamizados cada año para diabetes e hipertensión o la cobertura de mastografías y citologías en mujeres en edades de riesgo. Estas metas tendrían que ir acompañadas de incentivos presupuestales para las unidades y médicos que las cumplan o superen, así como de herramientas de apoyo como pruebas rápidas en todas las consultas, registros electrónicos nacionales y campañas de búsqueda activa en comunidades rurales y periurbanas.

Experiencias como la de Brasil, con su Programa de Salud de la Familia, muestran que la detección obligatoria en atención primaria puede reducir hospitalizaciones por complicaciones de enfermedades crónicas hasta en 25% en las zonas con alta cobertura.



Fuentes

- Aguilar-Delfín, I., Martínez-Sámano, R. de J., Cruz-Santiago, C. A., & Santos-Preciado, J. I. (2021). Compendio Nacional de Insumos para la Salud: Equidad y acceso universal. *Salud Pública de México*, 63(5), 682-685. <https://doi.org/10.21149/12959>
- Banco Mundial. (2022). *World Bank Open Data*. World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org>
- Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A., & Colchero, M. A. (2023). Utilización de servicios de salud en México: Cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública de México*, 65, s15-s22. <https://doi.org/10.21149/14813>
- Becerril-Montekio, V., & Reyes, J. de D. (2011). *Sistema de salud de Chile*. Salud Pública de Mex. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (s. f.). Regulación y fijación de los medicamentos en Brasil y Chile. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21917/3/Informe%20final.pdf>
- Birk, H. O., Vrangélbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, A., Eriksen, A., Richardson, E., & Jervelund, S. S. (2024). *Denmark: Health system review*. WHO Regional Office for Europe.
- Campos, G. W. D. S. (2015). El Sistema Único de Salud de Brasil: Entre la intención y el gesto. *Salud Colectiva*, 11(4), 469. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.783>
- Campos, M. (2025). *En Dinamarca: Primero el paciente*. [https://redaccion.nexos.com.mx/en-dinamarca-primero-el-paciente/](https://redaccion.nexos.com.mx/en-dinamarca-primero-el-paciente/?_gl=1*lfijwn*_ga*MTc3MTI5NjQ5My4xNzQ4NzA0NjE5*_ga_M343X0P3QV*cze3NTM4ODc2NDIkbzE5MyRn-MSR0MTc1Mzg4NzY3MSRqMzEkbdAKaDA)
- Carrasco, R., & Peña Durán, J. (2025). *Cáncer: Cuando el tiempo es vida: Innovación para las listas de espera oncológicas en Chile*. El País. https://elpais.com/chile/2025-03-12/cuando-el-tiempo-es-vida-innovacion-para-las-listas-de-espera-oncologicas-en-chile.html?utm_source=chatgpt.com
- CEPAL. (2008). *Costa Rica: Modelos alternativos del primer nivel de atención en salud*. Naciones Unidas, CEPAL, Unidad de Estudios del Desarrollo, Div. de Desarrollo Económico.
- Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID 19 en México (CIIPCMI) (2024). Aprender para no repetir. Recuperado de: <https://www.comecso.com/wp-content/uploads/2024/05/Informe-Comision-Independiente.pdf>
- Coneval (2020). El Sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/analisis_spss_2020.pdf



- CONEVAL. (2024). *Evaluación Integral de la Política Social Vinculada al Derecho a la Salud 2023-2024*. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/Documents/EVALUACIONES/Integraleles_2023_2024/SALUD.zip
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, s220-s232.
- DOF. (2010). *NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, conf.* <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4151/salud/salud.html>
- DOF (29 de mayo de 2023). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690282&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0
- Eguia, H. A., Sánchez-Seco Toledano, P., & Eshøj, L. (2019). La atención primaria en Dinamarca. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(8), 552-558. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.12.003>
- El Economista. (2020). *La atrofia del abastecimiento de medicinas en México*. El Economista. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/La-atrofia-del-abastecimiento-de-medicinas-en-Mexico-20200921-0067.html>
- England, N. H. S. (2023). *NHS England » Performance report*. <https://www.england.nhs.uk/long-read/performance-report-23-24/>
- Espinal-Piedrahita, J. J., & Restrepo-Zea, J. H. (2022). Financiamiento del sistema de salud colombiano: Tendencias y desafíos. *Revista de Salud Pública*, 24(1), 1-8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103057>
- Estonia y el E-Health: Entre la enseñanza y la extrapolación imposible - *Salud en Línea*. (2019, julio 28). <https://saludenlinea.press/2019/07/28/la-ensenanza-de-estonia-para-el-e-health/>
- Federación Médica de Chile. (2023). *Rol de FONASA en la crisis de salud*. <https://federacionmedica-dechile.cl/wp-content/uploads/2023/06/ROL-DEFONASA-CRISIS-ISAPRES-XG-SU-22-6-23.pdf>
- Fundación Idea. (2020). Fortalezas y debilidades del sistema de adquisición de medicamentos en México. https://fundacionidea.org.mx/storage/IDEA/files/IDEA_CompraPúblicaMedicamento-SUNOPS_Oct2020.pdf
- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 1:S23-S36. Recuperado de: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4737>
- Gaceta UNAM, |. (2023). *Evaluación del panorama actual de los Sistemas de Salud: Retos y oportunidades en México*. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2023/06/14/evaluacion-del-panorama-actual-de-los-sistemas-de-salud-retos-y-oportunidades-en-mexico/>
- Galaz, O. (2018). *58% de usuarios Fonasa e Isapres apuestan por cambios "fundamentales" al sistema de salud | IPSUSS*. Instituto de Políticas Públicas en Salud. https://www.ipsuss.cl/analisis-y-estudios/financiamiento/58-de-usuarios-fonasa-e-isapres-apuestan-por-cambios-fundamentales-al?utm_source=chatgpt.com
- García, Llamosa. (2017). Hace 50 años. Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos 1967-2017. Recuperado de: <https://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/BoletinSalud/Documents/Revista%206/1HACE%2050%20A%C3%91OS%20HOSPITAL%20CENTRAL%20NORTE.pdf>
- Gómez-Dantés, O., Garrido-Latorre, F., Tirado-Gómez, L. L., Ramírez, D., & Macías, C. (2001). Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México. *Salud Pública de México*, 43(3), 224-232.
- González Wiedmaier, C., & Castillo Laborde, C. (Eds.). (2019). *Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno*. <https://medicina.udd.cl/files/2019/12/Estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-chileno-2019.pdf>



- Greve, C., Christensen, L. T., Tvarnø, C., Nielsen, S. N., & Denta, S. M. (2022). Public-private partnerships in the healthcare sector: Limited policy guidelines, but active project development in Denmark. *Journal of Economic Policy Reform*, 25(2), 121-135. <https://doi.org/10.1080/17487870.2020.1855174>
- Heredia-Pi, I., Servan-Mori, E., Darney, G., Reyes-Morales, H., & Lozano, R. (2016). Measuring the adequacy of antenatal health care: A national cross-sectional study in Mexico. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(6), 452-461. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168302>
- Informe de Fiscalización y Monitoreo de Transparencia Activa. (s. f.). Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado 15 de julio de 2025, de <https://www.superdesalud.gob.cl/superintendencia/informe-de-fiscalizacion-y-monitoreo-de-transparencia-activa/>
- Insabi (2020). Primer informe anual de actividades: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634209/1ER_INFORME_ANUAL_DE_ACTIVIDADES_DEL_INSABI.pdf
- Lara-Aké, N. J. (2020). Un panorama general de la atención farmacéutica en México. *Revista de la OFIL*, 30(4), 334-336. <https://doi.org/10.4321/s1699-714x2020000400006>
- Levy, S. (2019). Una prosperidad compartida. Transformando la seguridad social en México para crecer con equidad. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <http://www.pued.unam.mx/export/sites/default/archivos/SAED/2020/SL010720D.pdf>
- López-Cervantes M, Durán J, Villanueva M. (2011). La Necesidad de Transformar el sistema de salud en México. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/26_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf
- Médici, A. C. (2002). *Los gastos en salud en las familias de Brasil: Algunas evidencias de su carácter regresivo*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Los-gastos-en-salud-en-las-familias-de-Brasil-Algunas-evidencias-de-su-carácter-regresivo.pdf>
- México Evalúa (2022). El caso del Fonsabi (o cómo disimular la catástrofe). Recuperado de: <https://www.mexicoevalua.org/el-caso-fonsabi-o-como-disimular-la-catastrofe/>
- México Evalúa (2022). Gasto en salud en el PEF 2023: en el fondo una triste historia. Recuperado de: <https://numerosdeerario.mexicoevalua.org/2022/09/28/gasto-en-salud-en-el-pef-2023-en-el-fondo-una-triste-historia/>
- México Evalúa (2023). El costo del ajuste fiscal en 2023: recortes a la salud. Recuperado de: <https://numerosdeerario.mexicoevalua.org/2024/02/21/el-costo-del-ajuste-fiscal-en-2023-recortes-a-la-salud/>
- México Evalúa (2024). Las paradojas del gasto en salud a junio de 2024. Recuperado de: <https://numerosdeerario.mexicoevalua.org/2024/08/15/las-paradojas-del-gasto-en-salud-a-junio-2024/>
- México Evalúa. (2024). *Salud para cada persona*. <https://politicas-publicas-a-tu-medida.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2024/10/Cuadernillo-3.pdf>
- México Evalúa (2025). Situación del gasto en salud de los hogares en México: 2018 vs. 2024. <https://infogram.com/presentacion-en-salud-enigh-2024-1h984wv8wyd0d2p>
- Ministério da Saúde. (s. f.). *Previne Brasil*. Ministério da Saúde. Recuperado 17 de julio de 2025, de <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/previne-brasil>
- Miranda R., E., Loyola A., V., Abel-Smith, B., Vergara, M., & Centro de Estudios Públicos (Eds.). (1994). *La salud en Chile: Evolución y perspectivas*. Centro de Estudios Públicos.
- Momen, D. H., & Rosa-Freitas, D. M. G. (2015). Brazil: The Challenge of Universal Health Coverage. En *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Orient Blackswan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316268/>
- Observatorio Chileno de Salud Pública. (2022, marzo 19). *Financiamiento*. <https://www.ochisap.cl/financiamiento/>, <https://www.ochisap.cl/financiamiento/>



- OECD. (2025). *Institucionalizando las cuentas de salud en Brasil: Una revisión de los métodos, datos y relevancia política*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/2283177e-es>
- OMS. (2022). *Global Health Workforce statistics database*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>
- OPS. (2021, diciembre 10). *Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay*. <https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay>
- Ortiz Alcántara, I. M., Holzer, F., Ortiz Alcántara, I. M., & Holzer, F. (2023). El ejercicio médico y la asignación de recursos humanos en salud en regiones violentas. *Medicina y ética*, 34(3), 763-803. <https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n3.04>
- Ordoñez-González, I., & Basurto, M. A. (2023). La atención primaria a la salud durante la pandemia COVID-19 en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(4), 509-515. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8200527>
- Pedersen, K. M., Andersen, J. S., & Søndergaard, J. (2012). General Practice and Primary Health Care in Denmark. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(Suppl 1), S34-S38. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110216>
- Physicians for a National Health Program. (s. f.). *Health Care Systems—Four Basic Models*. Recuperado 16 de julio de 2025, de https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php
- Rodríguez de Romo, A. C., & Rodríguez Pérez, M. E. (1998). Historia de la salud pública en México: Siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5, 293-310. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>
- Sartoretto, E. A., Tombini, L. H., Madureira, V. S. F., Geremia, D. S., Rossetto, M., & Araujo, J. S. (2024). Previne brasil e financiamento da atenção primária: Facilidades e dificuldades de gestores municipais de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 32. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.79433>
- Secretaría de Salud. (s. f.). *Indicadores de Resultado de los Sistemas de Salud*. gov.mx. Recuperado 1 de agosto de 2025, de <http://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud>
- Schönholzer, T. E., Zacharias, F. C. M., Amaral, G. G., Fabriz, L. A., Silva, B. S., & Pinto, I. C. (2023). Indicadores de desempeño de la Atención Primaria del Programa Previne Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e4007. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6640.4007>
- Shamah-Levy T, Lazcano-Ponce EC, & Cuevas-Nasu L. (2024). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales*.
- Superintendencia de Salud. (s. f.). *Garantías Explícitas en Salud (GES)—Orientación en Salud*. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado 14 de julio de 2025, de <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/>
- Vilasbôas, A. L. Q., Nedel, F. B., Aquino, R., Batista, S. R. R., Almeida, A. P. S. C., Cury, G. C., Mendonça, M. H. M. D., Sarti, T. D., Facchini, L. A., & Giovanella, L. (2024). Institucionalización de la evaluación y monitoreo de la Atención Primaria de Salud en el Sistema Único de Salud (SUS): Contribuciones para una agenda estratégica de investigación. *Saúde em Debate*, 48(spe2). <https://doi.org/10.1590/2358-28982024e29249e>
- Villalobos Dintrans, P., & Vásquez Contreras, D. (2021). *Experiencias para mejorar el acceso a medicamentos en Latinoamérica. El caso de CENABAST en Chile*. https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Experiencias_para_mejorar_el_acceso_a_medicamentos_en_Latinoamerica_-_El_caso_de_CENABAST_en_Chile.pdf
- Vogler, S. (2022). *Box 8. Centralized procurement for hospital medicines in Denmark, Norway and Portugal* [Text]. World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587880/>

Cambios en la Atención Pública de la Salud en México (2018–2024): Evidencia desde la ENIGH y Perspectivas Comparadas es resultado del esfuerzo de los integrantes de México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas. La investigación, el análisis y la redacción no hubieran sido posibles sin la participación de cada miembro del equipo:

Mariana Campos

Directora General de México Evalúa

Jorge Cano

Coordinador del Programa de Gasto Público y Rendición de Cuentas

Nora García y Carlos Vázquez

Investigadores del Programa de Gasto Público y Rendición de Cuentas

Felipe Soto

Edición

Miguel Cedillo

Edición gráfica

Priscila García

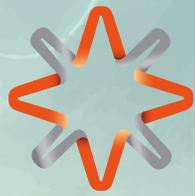
Coordinadora de Comunicación

Mariana Villalobos, Kenia Chávez y Cinthia Galán

Equipo de comunicación

Este documento fue posible gracias al apoyo de The Hewlett Foundation.





México Evalúa

mexicoevalua.org