

Presentación de estudio:

Policy Brief

Identificación de mecanismos de financiamiento para instituciones públicas

de los subsistemas IMSS,
ISSSTE e IMSS-Bienestar

Mayo 29, 2026

Mtro. Erick Antonio Ochoa,
director de Salud Justa Mx

Índice

I. Dos perspectivas filosóficas básicas sobre las obligaciones del Estado respecto a la salud universal: Nozick-Engelhardt y Rawls-Daniels	2
II. Antecedentes y componentes esenciales de la Cobertura Universal de Salud: el marco internacional para la protección del derecho a la salud	7
III. La apuesta por un Sistema Universal en Salud: historia mínima de una larga travesía	16
IV. El Sistema de Salud en México y las limitaciones contingentes de la cobertura universal de salud: algunos indicadores clave	27
V. Mecanismos de financiamiento para instituciones públicas de los subsistemas IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar	32
VI. Consideraciones finales	36

I. Dos perspectivas filosóficas básicas sobre las obligaciones del Estado respecto a la salud universal: Nozick-Engelhardt y Rawls-Daniels

Garantizar el derecho a la salud, en sus pretensiones de universalidad o limitado por sus restricciones financieras, legales o de otra índole, es un reto fundamental que define los contornos de las expectativas gubernamentales hacia la provisión de bienes y servicios de salud para la población.

En los defensores de una perspectiva ultraliberal, donde la justicia es alcanzable dentro de un Estado mínimo que no interfiere en la vida de los individuos y el mercado distribuye bienes y servicios según las leyes de oferta y demanda sin ninguna intervención estatal, no existe un derecho moral a la salud financiado por otros: cada individuo debe pagar su propia salud porque la dignidad fundamental de cada persona no debe someterse a ningún imperativo colectivo. La mala salud de la población funciona como condición necesaria para recibir tratamiento, mas no funciona como condición suficiente porque los tratamientos cuestan dinero.¹ En esta misma línea, T. H. Engelhardt argumenta que los sistemas de atención médica universales no son inherentes a las personas y que como sistemas de derechos creados coaccionan a los ciudadanos a para pagar los servicios, lo que considera una violación a la autonomía individual y la propiedad privada.²

Para Rawls, en cambio, los derechos y libertades son una clase de bienes primarios. El principio de igualdad equitativa de oportunidades supone que, frente a una distribución de dotaciones innatas, quienes tienen el mismo nivel de talento y oportunidad deberían tener las mismas expectativas de éxito independientemente de su clase social de origen. El principio de diferencia, según el cual quienes han sido favorecidos por la naturaleza pueden obtener provecho de su buena fortuna solo en la medida en que mejoren la situación de los no fa-

1. Dice R. Nozick: "Mis conclusiones principales sobre el Estado son que un Estado mínimo, limitado a las estrictas funciones de protección contra la violencia, el robo y el fraude, de cumplimiento de contratos, etcétera, se justifica; que cualquier Estado más extenso violaría el derecho de las personas de no ser obligadas a hacer ciertas cosas y, por tanto, no se justifica; que el Estado mínimo es inspirador, así como correcto. Dos implicaciones notables son que el Estado no puede usar su aparato coactivo con el propósito de hacer que algunos ciudadanos ayuden a otros o para prohibirle a la gente actividades para su propio bien o protección". Nozick, R. **Anarquía, Estado y utopía**, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1988.

2 Engelhardt Jr, HT. Freedom and Moral Diversity: *The Moral Failures of Health Care in the Welfare State* en *Social Philosophy and Policy*, volume 14, Issue 2, 1997, 180-196 pp.

vorecidos, está precedido por un trasfondo institucional que asegure libertades básicas iguales. Considerando a la salud pública en el índice de bienes primarios, no es la posición original sino la incidencia de las diversas enfermedades y su gravedad la que determina la marcha de las políticas de protección y de provisión de asistencia médica. Sin embargo, esto se hace al determinar las prioridades de las exigencias de asistencia médica y salud pública en general, con respecto a otras necesidades y exigencias sociales, donde restablecer la salud de las personas para que reanuden su vida productiva tiene mayor urgencia que la medicina cosmética, por ejemplo.³

Otra noción significativa de Rawls es la garantía de una prestación sanitaria mínima, apoyada en un conjunto de bienes primarios que se entregarían a todos por igual para satisfacer las necesidades y las exigencias de los ciudadanos libres e iguales. Contrario a la impresión de que la provisión de asistencia médica suplementa los ingresos de los menos aventajados cuando no pueden asumir los costes de la asistencia médica que pueden preferir, Rawls se pronuncia a favor de la equitativa igualdad de oportunidades, “la fuerza de las exigencias de asistencia médica está ligada al mantenimiento de nuestra capacidad para ser miembro normal de la sociedad y el restablecimiento de esa capacidad cuando cae por debajo del mínimo requerido”.⁴ Estimar la urgencia de las diferentes clases de asistencia médica y determinar su relativa prioridad hace que reconozcamos más importancia en restablecer la buena salud de las personas para que sigan siendo productivos, en vez de la medicina cosmética. Una crítica a Rawls es que no desarrolla parámetros justos de decisión frente a enfermedades poco frecuentes que suponen costos médicos considerables o catastróficos que afectan a las personas o sus familias, donde la situación de enfermedad o accidente no es temporal sino definitiva.

Norman Daniels, quien amplía los argumentos de Rawls a favor de una “salud justa”, destaca **la importancia moral de la salud porque protege las oportunidades a nuestro alcance y extiende su efecto sobre las políticas sociales más allá del sector sanitario**, pues la manera en que se distribuyen bienes importantes como educación, vivienda, empleo, ingresos, oportunidades, participación política y sentido de la comunidad (las determinantes sociales) generan desigualdades en la salud.

3. Rawls, J. **La justicia como equidad. Una reformulación**, Paidós, Buenos Aires, 2004.

4. *Ibidem*, p. 230-231.

Así, las enfermedades y las discapacidades no deben verse como infortunios naturales, sino como consecuencia de factores socialmente controlables. Por otro lado, centrarse en la ausencia de desigualdades en salud no resuelve las perspectivas sobre los niveles generales de salud de la población que deberían asumirse como obligaciones del Estado: podrían no existir desigualdades por raza o grupo étnico, clase o género y las condiciones ser malas para todos.⁵

Para Daniels las necesidades de salud incluyen una nutrición adecuada; condiciones de trabajo seguras y libres de contaminación; ejercicio, descanso y estilos de vida saludables; servicios médicos preventivos, curativos, rehabilitadores y compensatorios; servicios no médicos de apoyo personal y social; así como una distribución adecuada de otros determinantes sociales de la salud. El derecho de atención a esas necesidades ha de verse como un caso especial del derecho a la igualdad de oportunidades bajo limitaciones razonables de recursos, cuyos derechos específicos solo pueden determinarse con un proceso justo y deliberativo. Sin embargo, el derecho a la salud va más allá del derecho de atención sanitaria: incluye la satisfacción del conjunto más amplio de las necesidades de salud.⁶

Daniels advierte sobre las obligaciones de los médicos con los pacientes, donde debemos prestar atención sobre el funcionamiento complejo de las instituciones y no solamente en la ética profesional individual. De esta manera los médicos deben hacer todo lo posible por sus pacientes, preservando la distribución justa de la salud, dentro de un sistema de normas y decisiones que promueven la salud pública. Tanto los médicos como los profesionales de la salud pública no están exentos de limitaciones: “el médico resiste la tendencia de los sistemas a ignorar las diferencias individuales, pero lo hace dentro de los límites de la distribución equitativa que exige justicia. El profesional de la salud pública se resiste a la tendencia de individuos o grupos que persiguen sus propios intereses poniendo en riesgo la salud de la población”.⁷

5. Daniels, N. **Just Health. Meeting Health Needs Fairly**, Cambridge University Press, 2008.

6. *Ibidem*.

7. *Ibidem*.

Para evaluar la justicia en las reformas al sector de la salud dentro de un sistema integrado, Daniels identifica nueve puntos de referencia con un objetivo central de justicia en las políticas de salud:

Tabla 1: Justicia como equidad, eficiencia y rendición de cuentas en puntos de referencia genéricos con un objetivo central de justicia en las políticas de salud:	
Puntos de referencia	Preocupaciones por la justicia
B1: Salud Pública Intersectorial: los determinantes sociales y otros factores de riesgo que se encuentran previamente a la prestación de servicios de salud, afectan la salud de la población.	Equidad
B2: Barreras financieras para el acceso equitativo: es imperativo avanzar con un paquete básico de servicios que todos recibirán en una fecha límite específica, para posteriormente mejorarlo.	
B3: Barreras no financieras para el acceso, como las barreras de género, las barreras culturales o la discriminación.	
B4: Exhaustividad de los beneficios y niveles de beneficios: las desigualdades en la cobertura y la calidad de la atención (estratificación) reducen la equidad de los sistemas.	
B5: Financiación equitativa: la mayoría de los sistemas cuentan con tres fuentes principales: ingresos fiscales, primas de seguros y pagos directos. Los sistemas financiados con impuestos son más equitativos si su estructura es más progresiva.	
B6: Eficacia, eficiencia y mejora de la calidad: un aspecto clave es la atención primaria en salud comunitaria, como una de las formas más eficientes de prestación de servicios, además de otras medidas para mejorar la calidad (formación, educación continua, etc.).	Eficiencia
B7: Eficiencia administrativa, a fin de evitar prácticas burocráticas y corrupción en la compra de suministros y equipos, el incumplimiento de las normas de personal, el favoritismo, etc.	
B8: Rendición democrática de cuentas y empoderamiento, especialmente sobre la razonabilidad en la toma de decisiones para la asignación de recursos, el fortalecimiento de la sociedad civil para abordar problemas, los procesos de apelación justos, etc.	Rendición de cuentas
B9: Autonomía del paciente y del proveedor, lo que permite variaciones culturales.	

En este esquema, la salud pública intersectorial considera otros sectores como el transporte, la educación o los impuestos que impactan la salud de la población. Por acceso equitativo, como una noción compleja y no homogénea que considera nuestros juicios sobre la igualdad o las desigualdades, Daniels analiza el acceso determinado por la necesidad, según la cual se considera que existe mayor equidad de acceso cuando la necesidad, en lugar de factores estructurales (como la disponibilidad de médicos) o individuales (como los ingresos familiares), determina quién accede al sistema de salud. Si las personas reciben servicios en función de su posición en la estructura social, se considera que hay inequidad en la distribución de los servicios de salud. Sin embargo, en opinión del autor, el acceso determinado por la necesidad subestima resultados de salud de largo plazo: el acceso equitativo debe proteger las oportunidades de las personas.

Sobre el valor de la eficiencia, en principio “un sistema es más eficiente si logra la misma distribución equitativa de los resultados de salud con menos recursos o si logra una distribución equitativa con mejores resultados con recursos comparables”. Sin embargo, algunas decisiones sobre eficiencia deberán tomar en cuenta el contexto de los procedimientos para la asignación justa de los recursos. La eficiencia buscada por sí misma es una acepción limitada: “buscamos la equidad y equilibramos la eficiencia con la equidad haciendo que las decisiones se basen en la razonabilidad”.

Finalmente, la preocupación por la rendición de cuentas implica que las personas deben tener acceso a la información para determinar si el funcionamiento de las instituciones de salud satisface sus condiciones de cooperación. Además del valor intrínseco de la rendición de cuentas, que nos permite saber si el desempeño de las instituciones de salud responde a lo que deberían hacer, considerando las limitaciones que hemos establecido como sociedad, hay un valor instrumental: deben mostrar capacidad para resolver problemas.⁸

En este apartado hemos visto dos perspectivas filosóficas que atribuyen responsabilidades estatales contrapuestas a la protección del derecho a la salud: mientras una apuesta por el libre mercado y un Estado mínimo donde no existe derecho moral a financiar la salud de otros (Nozick y Engelhardt), en la otra el derecho a la salud tiene importancia moral para proteger las oportunidades a nuestro alcance (Rawls y Daniels).

8. Ibidem.

II. Antecedentes y componentes esenciales de la Cobertura Universal de Salud: el marco internacional para la protección del derecho a la salud

En el marco internacional de la protección del derecho a la salud, la cobertura universal de salud⁹ juega un rol clave en la disminución de desigualdades y la mejora significativa del bienestar poblacional. En este apartado haremos una revisión sucinta de informes, acuerdos, declaraciones y otros instrumentos que expresan la voluntad de los gobiernos por establecer progresivamente una cobertura universal de salud más equitativa y justa.

En noviembre de 1942, en plena Segunda Guerra Mundial, el economista Sir William Henry Beveridge, entonces director de la London School of Economics, preparó el informe *Social Insurance and Allied Services*, conocido como Informe *Beveridge*. Su investigación, fundamental para extender la exigibilidad de una cobertura sanitaria universal, establece tasas y condiciones de beneficio para seis categorías de derechohabientes:

1. Personas empleadas que trabajan bajo contrato de servicios.
2. Otras personas con empleo remunerado.
3. Amas de casa (incluidas las que ejercen una actividad remunerada).
4. Personas en edad laboral que no tienen un empleo remunerado.
5. Niños que no cubren la edad laboral.
6. Personas que han alcanzado la edad de jubilación y se han retirado del trabajo.

En lo fundamental, el Informe sentó las bases de las reformas que se conocen como el Estado de Bienestar, al extender sus consideraciones sobre el seguro social público, universal y gratuito sobre una política de progreso social que alejaran los cinco gigantes que obstruían el camino de la reconstrucción en Gran Bretaña: la necesidad, la enfermedad, la ignorancia, la miseria y el ocio.¹⁰

9. En este documento se utiliza indistintamente el concepto de cobertura universal de salud o cobertura sanitaria universal. Sin embargo, se pueden señalar contornos conceptuales distintos entre cobertura universal, salud universal, atención sanitaria universal, acceso universal y cobertura de seguro, tal como se analiza en Eudalamaw et al. Universal health coverage – Exploring the what, how, and why using realist review, en PLOS Global Public Health, 2025 Mar 18; 5(3), en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11918392/>

10. Beveridge, W. *Social insurance and allied services*, noviembre de 1942, p. 6. Disponible en <http://pombo.free.fr/beveridge42.pdf>

Las bases del *Informe* son:

1. Subsidios por el número de hijos menores únicamente en caso de desempleo.
2. Seguro social obligatorio, con asistencia pública nacional y seguros voluntarios como sistemas subsidiarios, donde cada persona asegurada obtenga todas las prestaciones.
3. Cobertura sanitaria universal, con servicios completos de salubridad, atención médica y servicios de convalecencia o restablecimiento, así como continuidad de trabajo como condiciones de éxito de los seguros sociales.
4. Financiamiento del sistema de salud con impuestos generales, donde “el más rico, debido a su capacidad de pago, paga más para los fines generales de la comunidad”.¹¹

El *Informe Beveridge*, con sus pretensiones de garantizar un *mínimum* nacional de subsistencia mediante un sistema de seguridad social que incluye subsidios por discapacidad, servicio médico integral, pensión de retiro, subsidio de maternidad, gastos de entierro, subsidio por viudedad, subsidio de tutela, entre otros derechos, sirvió de modelo para otros países y sigue siendo hoy una referencia obligada para comprender la ampliación de obligaciones del Estado hacia una cobertura universal de salud.

En julio de 1946, durante la Conferencia Sanitaria Universal, 61 Estados, incluyendo México, adoptaron la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, la cual entró en vigor el 7 de abril de 1948.¹² En ella se reconoce a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, donde “todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” debe gozar de su grado máximo. Para ello, “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos”, por lo que disponer de recursos públicos para la atención es condición indispensable.¹³

11. *Ibíd.*, p. 108.

12. Para la revisión del listado de países firmantes que aceptan la Constitución de la OMS, véase a: United Nations, Treaty Collection, Capítulo IX: Salud, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, 22 de julio de 1946, en <https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDGS/Volume%20I/Chapter%20IX/IX-1.en.pdf>.

13. OMS, *Documentos básicos*, 49ª edición (con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de mayo de 2019), Ginebra, 2020, p. 1. Disponible en https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/bd_49th-sp.pdf.

En octubre de 1947 se firmó la Constitución de la *Organización Panamericana de la Salud*. En ella se reconoce que la OPS tiene el propósito fundamental de “combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes”.¹⁴ Los alcances en esta Constitución, a diferencia de la Constitución de la OMS que reconoce a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, están más limitados al mejoramiento físico y mental.

En diciembre de 1948, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, se proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. De conformidad con su artículo 25, numeral 1: “Toda persona tiene derecho a una vida adecuada que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.¹⁵

El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC), adoptado en diciembre de 1966 pero que entró en vigor hasta enero de 1976, reconoce obligaciones de los Estados Partes para garantizar “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, por lo que éstos deben tomar diversas medidas “a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”, entre ellas reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil, mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente, prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, así como condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.¹⁶

En septiembre de 1978 se llevó a cabo la Conferencia Internacional de *Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*, en la entonces Unión Soviética (URSS), en la cual los representantes del mundo de la salud confirman la definición de salud de la Constitución de la OMS (1946) y determinan que ese derecho fundamental es un objetivo prioritario en todo

14. OPS, *Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud*, 19ª Ed, Washington, D.C., 2017, en <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/cbbcc737-2c5b-4ed5-84f5-afb8d3c906ec/content>

15. Naciones Unidas, *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 10 de diciembre de 1948, disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

16. ONU, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, aprobado el 16 de diciembre de 1966, disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf

el mundo, por lo que “la desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre países desarrollados y los países en vías de desarrollo (...) es inaceptable política, social y económicamente”.¹⁷ Salud para todos significa reducir esa diferencia entre países y asumir que la promoción y la protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, además de mejorar la calidad de vida y la paz en el mundo, por lo que los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que solo puede ser conseguida mediante la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas “a un coste que la comunidad y el país pueden soportar”. Esta atención primaria sanitaria:

1. Refleja las condiciones, económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y sus comunidades, además incluye la investigación social, biomédica, de servicios sanitarios y la salud pública.
2. Se dirige a los problemas sanitarios de la comunidad, por lo que proporciona servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.
3. Incluye como mínimo educación sobre los problemas sanitarios prevalentes, promoción sobre la correcta nutrición, adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico, asistencia maternal e infantil, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención de enfermedades endémicas locales y provisión de medicamentos esenciales.
4. Implica otros sectores relacionados como la agricultura, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, etc.
5. Promueve el autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo el uso más completo de los recursos nacionales y otros recursos disponibles.
6. Debe mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos.
7. Se desarrolla en los niveles locales y de apoyo, considerando como profesionales sanitarios a los médicos, enfermeros, comadronas auxiliares y asistentes sociales, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera.¹⁸

17. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978, disponible en https://www.paho.org/sites/default/files/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf. En 2014, los Estados Miembros de la OPS incorporaron esta APS en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, aprobada por el 53° Consejo Directivo (resolución CD53.R14)

18. Ibidem.

En agosto de 2000, en una fundamentación más detallada del artículo 12 del PIDESC, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales publicó la Observación General 14. En ella se ratifica el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, la cual se puede alcanzar mediante la formulación de políticas, la aplicación de programas elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. La *Observación General 14* formula una comprensión del derecho a la salud en un sentido amplio, como el “disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”, con obligaciones a los Estados Parte de respetar, proteger y cumplir el disfrute del derecho a la salud. Se dice respetar, en tanto que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; se dice proteger, para que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12 del PIDESC; y se impone cumplir, para que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole que otorgue plena efectividad al derecho a la salud.

En específico, el derecho a la salud tiene los siguientes elementos esenciales:

1. Disponibilidad, según el cual cada Estado Parte deberá contar, considerando su nivel de desarrollo, con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como centros de atención de la salud. Esos servicios incluyen factores determinantes básicos como agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.
2. Accesibilidad, porque los bienes y servicios de salud deben ser accesibles en cuatro dimensiones superpuestas, esto es sin discriminación, con accesibilidad física, con accesibilidad económica (asequibilidad), así como con acceso a la información de las cuestiones relacionadas con la salud.
3. Aceptabilidad, para que todos los bienes y servicios deban ser respetuosos de la ética médica y apropiados culturalmente.
4. Calidad, esto es apropiados desde el punto de vista científico y médico, además de buena calidad (con personal médico capacitado, medicamento y equipo hospitalario en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas).¹⁹

19. Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, **Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**, Ginebra, 11 de agosto de 2000, disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

En mayo de 2005, durante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó la *Resolución WHA58.33 sobre la Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad* en la cual se insta a los Estados Miembros a:

1. Prever un método anticipado de las contribuciones en los sistemas de financiación, a fin de repartir el riesgo dentro de la población y evitar gastos sanitarios catastróficos.
2. Proporcionar una distribución adecuada y equitativa de la infraestructura sanitaria, así como recursos humanos para la salud.
3. Instrumentar fondos destinados a actividades o programas de salud que contribuyan a mecanismos duraderos de financiamiento.
4. Introducir la transición a la cobertura universal de sus ciudadanos para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población, la mejora de la calidad de esa atención, la reducción de la pobreza y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo.
5. Formular opciones durante la transición a la cobertura universal que tengan en cuenta la situación macroeconómica, sociocultural y política del país.
6. Aprovechar las oportunidades de colaboración entre proveedores públicos y privados, así como organismos de financiación de la salud.
7. Intercambiar experiencias sobre diferentes métodos de financiación de la salud..²⁰

Con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (2014) de la OPS se hacen precisiones fundamentales sobre el acceso universal y la cobertura de salud. Mientras la primera se define como “ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género” y se consigue con una eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, la segunda “se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento.

20. 53º Consejo Directivo – 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, **Estrategia para el acceso universal y la cobertura universal de salud**, Washington D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, disponible en https://www.paho.org/sites/default/files/2021-04/cd53_5_esp-pub.pdf

En dicha *Estrategia* se establecen cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes:

1. Ampliar el acceso equitativo de servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
3. Aumentar y mejorar el financiamiento del sistema de salud, con equidad y eficiencia, en miras a avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de prestación de servicios.
4. Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.²¹

La *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, aprobada en septiembre de 2015 en la Asamblea General de la ONU, es un consenso multilateral entre gobiernos y actores diversos que plantea 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con 169 metas de carácter integrado e indivisible. Es destacable cómo algunas metas se relacionan directamente con la cobertura de servicios esenciales y protección financiera (3.8), con medición de índice de cobertura entre la población general y los más desfavorecidos (3.8.1) y protección contra riesgos financieros (gastos catastróficos) (3.8.2), además de otras medidas como aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo (3.c), el fortalecimiento del sistema frente a emergencias (3.d), la mejora del acceso a medicamentos y vacunas (3.b), así como la reducción en un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles hacia el 2030 (3.4).²²

Con la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Astaná en octubre de 2018, diversos gobiernos y sociedades firmaron la Declaración de Astaná, que es una actualización de los compromisos de la Declaración de Alma-Ata referida. En ella se valida a la atención primaria de la salud como la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal, cuyo éxito dependerá, entre otras medidas, de una financiación adecuada de la

21. 53° Consejo Directivo – 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, *Estrategia para el acceso universal y la cobertura universal de salud*, Washington D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, disponible en https://www.paho.org/sites/default/files/2021-04/cd53_5_esp-pub.pdf

22. ONU, *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, resolución 70/1 aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015, disponible en https://agenda2030.mx/docs/doctos/A_RES_70_1_es.pdf

atención primaria para la salud con sistemas de reembolso adecuados para mejorar el acceso y lograr mejores resultados en materia de salud y mediante la elaboración de políticas y planes que aumenten el empoderamiento de la comunidad y contribuyan a la rendición de cuentas en los sectores público y privado.²³

En septiembre de 2019, los jefes de Estado y de gobierno adoptaron la resolución A/RES/74/2 con la decisión de convocar una reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal en 2023. La reunión de 2023 derivó en la *Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal* (resolución A/RES/78/4), donde los Jefes de Estado y de gobierno reconocen que la cobertura sanitaria universal es fundamental no solo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y el bienestar, sino con la erradicación de la pobreza en todas sus formas, poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria, mejorar la nutrición, garantizar una educación inclusiva y equitativa, lograr la igualdad de género, crear sociedades justas, entre otras metas.

Según dicha *Declaración Política*, la cobertura sanitaria universal “implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a un conjunto de servicios de salud esenciales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención paliativa que se ajusten a las necesidades y se determinen a nivel nacional, así como a medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y tecnologías de la salud, esenciales, inocuos, asequibles, eficaces y de calidad, evitando al mismo tiempo que la utilización de esos servicios cree dificultades económicas para los usuarios, en particular los de los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población”.²⁴

Sobre la financiación de los sistemas de salud, se reconoce que en los países de ingreso bajo y mediano más de un tercio del gasto nacional en salud corresponde a gastos directos en salud y que el gasto público representa menos del 40% de la financiación que se destina a la atención primaria de la salud y que se desperdicia entre un 20% y un 40% de los recursos destinados a la salud, además de que la corrupción afecta la asignación efectiva de recursos y desvía recursos de activida-

24. ONU, *Resolución 78/4: Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal*, 5 de octubre de 2023, disponible en <https://docs.un.org/es/A/RES/78/4>

des. Expresan una profunda preocupación porque para 2030 habrá un déficit de más de 10 millones de trabajadores de la salud en el mundo, especialmente en países de ingreso bajo y mediano, lo que agravará el déficit mundial de 523 millones de personas que no tienen acceso a servicios de salud esenciales de calidad y medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y tecnologías de la salud.

Se insta a los gobiernos nacionales a promover medidas normativas, legislativas, regulatorias y fiscales para dar prioridad a la promoción de la salud, los conocimientos básicos sobre la salud y la prevención de enfermedades “teniendo en cuenta que las medidas sobre los precios y los impuestos pueden ser una forma efectiva de reducir el consumo y los gastos conexos en salud y representan una posible fuente de ingresos para financiar el desarrollo en muchos países”.²⁵

Del *Informe Beveridge* en 1942 a la *Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal* en 2023 hay un avance significativo en la comprensión de las obligaciones estatales hacia la protección del derecho a la salud y las garantías para una cobertura universal de salud (afiliación, acceso a servicios y financiamiento como elementos mínimos), cuya dimensión multisectorial antepone la integración de otros engranajes como pobreza, educación, igualdad de género o empleo y el establecimiento de políticas públicas para la promoción de la salud y la prevención y el control de enfermedades.

Sin embargo, si esos compromisos internacionales no se traducen en sistemas de salud con cobertura universal sólidos, transparentes, eficaces, asequibles y de calidad, no habrá acceso a los servicios y protección financiera de millones de personas. Con un sistema fragmentado hasta ahora, ¿qué podemos esperar en la trayectoria de los servicios de salud en nuestro país? Este será el desarrollo de los próximos apartados.



52' 1p1qem'

III. La apuesta por un Sistema Universal en Salud: historia mínima de una larga travesía

En México, nuestra Constitución nacional de 1917 asoció la idea de protección a la salud con las prestaciones de seguridad social de los trabajadores y sus familiares, con una mezcla de ideas y conceptos más cercanos a la provisión popular que del derecho a la salud en sí. En la fracción XXIX del artículo 123 constitucional en su redacción original “considera de utilidad social el establecimiento de Cajas de Seguros Populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como los gobiernos de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la provisión popular”.²⁶

La creación de instituciones y subsistemas respondieron a feudos que extienden o limitan su ámbito de protección sanitaria con base en una definición política más que técnica, en principio centradas en regímenes especiales hacia trabajadores de una institución que tienen capacidad política de negociación o chantaje. En el establecimiento de dichos subsistemas tampoco hay una idea precisa sobre cuál instrumento jurídico da origen a las prestaciones de seguridad social que favorecen a los trabajadores y sus familias: por ejemplo, la cobertura en servicios sanitarios de los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) nació a partir de la firma de un contrato colectivo; en los casos de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) se expidieron leyes específicas; la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) se instituyó mediante un decreto pero sus competencias se especificaron mediante otra ley.

En sus detalles, el régimen especial de los trabajadores de PEMEX nació en mayo de 1942 con el primer Contrato Colectivo de Trabajo entre PEMEX y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana, cuyas condiciones originalmente previstas incluían pensiones

26. Diario Oficial de la Federación, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reforma la de 5 de febrero de 1857, 5 de febrero de 1917, p. 10-11, disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917_ima.pdf

por servicios médicos, prestaciones, jubilación y bonificaciones superiores a las establecidas en la Ley del IMSS, la Ley del ISSSTE o la Ley del ISSFAM. Las sucesivas negociaciones de los contratos colectivos que se realizan cada dos años en su clausulado general y cada año en los salarios por cuota diaria, incluye servicios subrogados, cirugía reconstructiva a juicio de los servicios médicos del patrón, atención odontológica, hospitalización de enfermos psiquiátricos, prótesis y órtesis, ortopedia, prótesis y órtesis auditivas entre otros beneficios.²⁷

El sistema público de salud llevó a cabo modificaciones fundamentales en 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, una institución que brinda servicio público nacional obligatorio que protege los derechos laborales por accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria en edad avanzada.²⁸ De igual manera, la Secretaría de Salubridad y Asistencia fusionó a la Secretaría de Asistencia creada en 1937 por el presidente Lázaro Cárdenas y al Departamento de Salubridad Pública.²⁹ Como institución, el IMSS antecedió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyas funciones fueron detalladas hasta el 21 de diciembre de 1946 con la publicación de la Ley de Secretarías y Departamentos del Estado.³⁰

El 28 de diciembre de 1959 se publicó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que crea un régimen especial para dichos trabajadores y sus familiares. Sus prestaciones, además de las establecidas para el IMSS, incluyen créditos para la adquisición de casas o terrenos, arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al instituto, préstamos hipotecarios, préstamos a corto plazo, promociones que mejoren la preparación técnica y cultural del trabajador y su familia, así como servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y su familia.³¹

27. Contrato colectivo de trabajo celebrado por PEMEX y el STPRM, México, 2025, disponible en <https://www.stprmna-cional.org/Documentos/70%20I/CCT%2025-2027.pdf>

28. Diario Oficial de la Federación, Ley del Seguro Social, 19 de enero de 1943, disponible en <https://dof.gob.mx/index.php?year=1943&month=01&day=19#gsc.tab=0>. A considerar que la expedición de la Ley del Seguro Social ya estaba mandatada por la reforma al artículo 123 constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de septiembre de 1929.

29. Diario Oficial de la Federación, Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 18 de octubre de 1943, disponible en https://www.dof.gob.mx/index_111.php?year=1943&month=10&day=18#gsc.tab=0

30. Según el artículo 13 de dicha Ley, corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia "el despacho de los asuntos relacionados con la prestación de servicios de asistencia y con la organización y conservación de los servicios sanitarios, ya sea en forma directa o en cooperación con las diversas entidades federativas". Ver Diario Oficial de la Federación, Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, 21 de diciembre de 1946.

31. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales, 28 de diciembre de 1959, disponible en <https://biblioteca.ciess.org/adiss/downloads/971/ADISS2017-907.pdf>

Mediante reforma al artículo 123 constitucional, publicada el 5 de diciembre de 1960, se detallan las bases mínimas de la seguridad social que cubrirá accidentes y enfermedades profesionales; enfermedades no profesionales y maternidad; jubilación, invalidez, vejez y muerte; con derechos de descanso para las mujeres embarazadas (un mes de descanso antes del parto y dos meses después del parto); con derechos a los familiares de los trabajadores, incluyendo asistencia médica y medicinas; centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas; habitaciones baratas en arrendamiento o venta, entre otros derechos.³²

El 12 de marzo de 1973 se abroga la Ley del Seguro Social de 1943 y se publica la nueva Ley de Seguro Social. Con esta nueva ley se crea el histórico “Régimen 73” que permite jubilaciones vitalicias a quienes comenzaron a cotizar antes del 1 de julio de 1977 y por primera vez se faculta al IMSS para atender a población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas.³³ Como consecuencia, en 1974 se crea el Programa Nacional de Solidaridad Social, en 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) y en 1979 la Presidencia de la República crea el programa sectorial IMSS-Coplamar.

El 29 de junio de 1976 se publicó la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (Ley del ISSFAM), que abrogó la Ley de Retiros y Pensiones Militares de 1955. Con dicha ley, se crea el ISSFAM, una institución de seguridad social militar con carácter de organismo público descentralizado federal que otorga retribuciones, prestaciones o estímulos y administra servicios médicos del Ejército, la Fuerza Aérea y la Armada.³⁴

El 3 de febrero de 1983 se publicó la reforma al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que eleva el derecho a la protección de la salud al máximo rango normativo interno. Como no forma parte de los derechos civiles, políticos y sociales originalmente previstos en la Constitución de 1917, el derecho a la protección de la salud no cuenta con un artículo exclusivo – a diferencia del derecho a la educación que está considerado en el tercero constitucional – y más

32. Rives Sánchez, R. La reforma constitucional en México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie Doctrina Jurídica, Núm. 556, 29 de ene de 2010, en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2802/8.pdf>

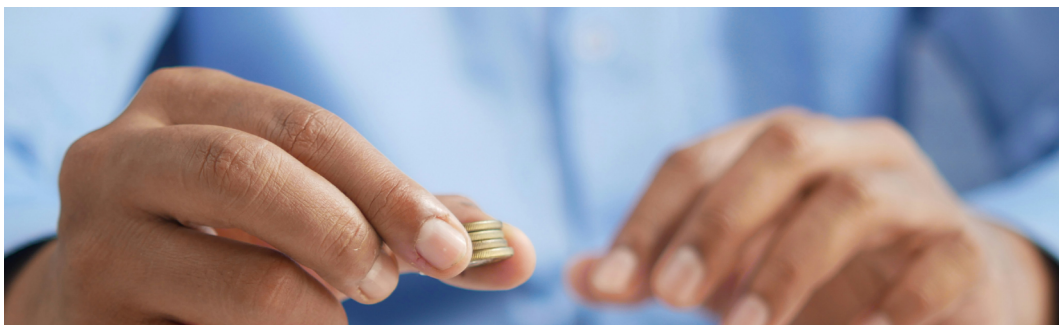
33. Diario Oficial de la Federación, Ley de Seguro Social, 12 de marzo de 1973, disponible en https://dof.gob.mx/nota_to_pdf.php?fecha=12/03/1973&edicion=MAT

34. Diario Oficial de la Federación, Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, 29 de junio de 1976, en https://www.dof.gob.mx/index_111.php?year=1976&month=06&day=29&gsc.tab=0

bien en el artículo 4 la protección de la salud compite con otros derechos como la libertad de profesión, el derecho a un medio ambiente sano, el derecho a la vivienda, los derechos de la niñez, entre otros.³⁵

El 7 de febrero de 1984 se publicó la Ley General de Salud, la primera regulación que “establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salud”. Las principales contribuciones de dicho ordenamiento fueron:

1. Reglamentó el nuevo derecho constitucional a la protección de la salud, con obligaciones concretas para del Estado mexicano para garantizarlo. Por primera vez, tal derecho se vio bajo una lógica de derecho universal, no específico con los regímenes de excepción de otras leyes y subsistemas.
2. Creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), constituido por dependencias y entidades de la administración pública federal y local, así como las personas físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud. El SNS también estableció mecanismos de coordinación de acciones o políticas públicas, homologación de acciones sanitarias, medidas para evitar duplicidades y ampliación de la cobertura poblacional.
3. Definió objetivos del SNS, como la provisión de servicios de salud a toda la población; mejoramiento de la calidad de dichos servicios; atención prioritaria a factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial atención a las acciones preventivas; servicios de asistencia social principalmente para “niños en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos”; entre otros.



35. Diario Oficial de la Federación, Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 3 de febrero de 1983, disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_100_03feb83_ima.pdf



4. Introdujo explícitamente la universalización de la cobertura, además de que en la administración de los servicios de salud se deberían definir criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios (artículo 26)
5. Fortaleció la rectoría nacional, con presupuesto federal en primer término, con responsabilidades operativas de las entidades federativas. Esta reforma impactó la conceptualización de los servicios de salud hacia la descentralización operativa con financiamiento provisto por el gobierno nacional, mayormente.
6. Más allá de la atención curativa, amplió el enfoque sanitario hacia la prevención de enfermedades, vacunación, vigilancia epidemiológica, salud ambiental, educación para la salud, regulación sanitaria, entre otros.³⁶

Durante las décadas de los ochenta y noventa, un contexto de adelgazamiento del Estado a sus funciones mínimas, crisis económica, baja inversión pública, desigualdad regional, altos gastos de bolsillo y cobertura sanitaria insuficiente, originó en 2001 el programa piloto Salud para Todos, con operación en Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco.

36. Diario Oficial de la Federación, Ley General de Salud, 7 de febrero de 1984, disponible en https://www.dof.gob.mx/index_111.php?year=1984&month=02&day=07#gsc.tab=0

El 15 de mayo de 2003 se adiciona un Título Tercero Bis a la Ley General de Salud denominado “De la Protección Social en Salud”. Con dicha reforma nace el Sistema de Protección Social en Salud (conocido como Seguro Popular, SP) que descentralizó la operación en los regímenes estatales de protección social en salud con la coordinación desde la Secretaría de Salud federal. Con dicha reforma las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud se ajustarían al Catálogo de insumos provisto por el Consejo de Salubridad General. El SP nació con tres objetivos fundamentales:



Proteger financieramente a la población sin seguridad social.



Reducir el empobrecimiento derivado de los altos costos para la atención médica (gastos catastróficos).



Avanzar hacia la cobertura universal en salud.³⁷

El financiamiento del Seguro Popular tuvo cuatro componentes principales:

1. Cuota social, esto es la aportación federal por cada persona afiliada, lo que detonó estrategias enfocadas en la credencialización que no necesariamente se tradujeron en mejora de cobertura en servicios (afiliación no es igual a cobertura efectiva).
2. Aportación solidaria federal, con recursos adicionales del gobierno federal.
3. Aportación solidaria estatal, mediante contribuciones obligatorias de los gobiernos estatales.
4. Cuota familiar, esto es el pago progresivo según ingreso.

El funcionamiento del Seguro Popular no estuvo exento de problemas. La Auditoría Superior de la Federación (ASF) observó duplicidades entre afiliados al Seguro Popular y derechohabientes de instituciones de seguridad social (7 millones de personas duplicadas), lo que reveló debilidades estructurales en la depuración de registros.³⁸ La terciarización y subrogación de servicios fue un problema en los estados que contrataron servicios privados para la adquisición y distribución de

37. Diario Oficial de la Federación, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, 15 de mayo de 2003, disponible en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref09_15may03_ima.pdf.

38. La Auditoría Superior de la Federación observó duplicidades entre afiliados al Seguro Popular y derechohabientes de instituciones de seguridad social (7 millones de personas duplicadas), lo que reveló debilidades estructurales en la depuración de registros. Fundar, *La farsa de la protección social en salud*, 17 de mayo de 2016, disponible en <https://fundar.org.mx/la-farsa-de-la-proteccion-social-en-salud/>.

medicamentos, laboratorios y servicios de diagnóstico, atención hospitalaria especializada y administración de insumos médicos: la ASF documentó entre 2013 y 2017 que 16 mil 13 millones de pesos transferidos a los gobiernos estatales no tenían documentación probatoria.³⁹

Mediante decreto publicado el 29 de noviembre de 2019, que entró en vigor el 1 de enero de 2020, desapareció el SP y se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud⁴⁰, cuya misión era dar acceso gratuito a toda la población a los servicios de salud de primero y segundo nivel, con el Fondo de Salud para el Bienestar, un fideicomiso del INSABI, que otorgaba acceso al tercer nivel de atención.⁴¹

El Seguro Popular contaba con a) afiliación obligatoria con póliza; b) costo gratuito o por cuota de recuperación, según ingresos; c) catálogo CAUSES con 294 intervenciones; d) administración pública federal-estatal, con financiamiento del gasto centralizado, pero con ejercicio realizado en las secretarías de salud estatales, y; e) medicamentos según catálogo. A su vez, el INSABI a) no requería afiliación; b) era totalmente gratuito; c) sin catálogo definido de intervenciones; d) con administración pública federal (con diferencia entre entidades federativas adheridas y entidades federativas no adheridas), y; e) medicamentos gratuitos sin restricción.⁴³ Si bien contó con Estatuto Orgánico⁴³ y Manual de Organización General,⁴⁴ sus reglas de operación no fueron publicadas, como sí se hizo con el Fondo de Salud para el Bienestar.⁴⁵

39. Milenio, "Se le pierden 16 mil mpd al Seguro Popular: ASF", 16 de octubre de 2018, disponible en <https://www.milenio.com/politica/pierden-16-mil-mpd-seguro-popular-asf> y Animal Político, "Detecta ASF millonario desvío al Seguro Popular", 7 de marzo de 2011, disponible en <https://grupoanimal.mx/noticias/detecta-asf-millonario-desvio-al-seguro-popular>.

40. Diario Oficial de la Federación, Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, 29 de noviembre de 2019, disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0

41. Sovilla, B. y Díaz Sánchez A.M. Del *Seguro Popular al Insabi: ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México?*, en Revista Gestión y Política Pública, vol. 31, no. 2, jul-dc 2022, disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792022000200063

42. Datos Públicos Mx, **De Seguro Popular a IMSS-Bienestar: evolución del seguro público de salud en México**, 13 de mayo de 2026, disponible en <https://datos-publicos.mx/guias/seguro-popular-insabi-imss-bienestar/>

43. Junta de Gobierno del INASABI, Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar, 28 de oct 2020, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/588559/1749787_ESTATUTO_ORGANICO_INSABI_3_.pdf

44. INSABI, **Manual de Organización General del Instituto de Salud para el Bienestar**, 9 de diciembre de 2022, disponible en https://www.dof.gob.mx/2023/INSABI/MOG_09122022.pdf

45. Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar, **Reglas de operación del Fondo de Salud para el Bienestar, 7 de octubre de 2020**, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/787115/REGLAS_OPERACI_N_FONSABI_1_.PDF

El Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), publicado en diciembre del 2020, fue el instrumento del INSABI que detalla su funcionamiento, cuyo público objetivo fueron las personas sin seguridad social (en 2019 estimadas en alrededor de 69 millones, de las cuales 23.5 millones no estaban afiliadas al Seguro Popular). Su enfoque prioritario era la Atención Primaria de Salud (APS) con creación de Equipos de Salud para el Bienestar (ESB) que atendieran un territorio/población entre 3 mil y 5 mil habitantes. La eliminación de barreras de acceso supone medicamentos y suministros gratuitos con entrega de fármacos lo más cercano al domicilio del paciente. El esquema de financiamiento incluía asignación presupuestaria del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para la presentación gratuita de servicios y medicamentos sin seguridad social (Ramo 12), aportaciones de las entidades federativas y el Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud (FASSA, con fondos del Ramo 33), que distinguía entre entidades federativas no adheridas que ejercen directamente sus recursos y entidades federativas adheridas que aportan recursos a un fideicomiso ejercido por el INSABI.⁴⁶

De los cuatro programas presupuestarios del SP – Seguro Popular tal cual, Seguro Médico Siglo XXI que recibió fondos hasta 2020, PROSPERA Programa de Inclusión Social y FASSA), el INSABI mantuvo este último, más los programas presupuestarios para Medicamentos Gratuitos y Atención a la Salud. En 2021, el presupuesto del INSABI fue 4.5% mayor en términos reales al presupuesto de 2019 para el SP. Sin embargo, considerando un aumento en la población potencial de 14.4 millones de personas más, el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) destaca que hubo una contracción del gasto per cápita de 3,656 en 2019 a 2,911 pesos en 2021.⁴⁷

En mayo de 2023 se publicó el 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. Este decreto implicó la desaparición del INSABI y la transferencia de sus recursos materiales, humanos y financieros a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), un organismo público descentralizado que utiliza la experiencia administrativa del IMSS pero que opera de manera independiente, con oferta de aten-

46. Secretaría de Salud – INSABI, Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social basado en la Atención Primaria de Salud, diciembre de 2020, disponible en <https://www.gob.mx/insabi/documentos/mode-lo-de-salud-para-el-bienestar-dirigido-a-las-personas-sin-seguridad-basado-en-la-atencion-primaria-de-salud>.

47. Méndez Méndez, JS y Llanos Guerrero A, De Seguro Popular a INSABI: Mayor población con menor atención, junio de 2021, disponible en <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>.

ción médica, medicamentos y consultas de especialidad en forma 100% gratuita a todas las personas que no cuenten con seguridad social.⁴⁸ Con presencia en 23 entidades federativas, el IMSS-BIENESTAR presume indicadores de 10,501 establecimientos de salud transferidos, 576 hospitales transferidos y 53,623 profesionales de la salud basificados.⁴⁹

El 17 de abril de 2026 se publicó el decreto por el que se crea el Servicio Universal de Salud del Gobierno de México (SUS), un “mecanismo obligatorio de coordinación e integración operativa entre las instituciones públicas federales que prestan servicios de salud y que forman parte del mismo y de los servicios de las entidades federativas que se adhieran”.⁵⁰

El SUS, cuya rectoría recae en la Secretaría de Salud, consiste en una red integral e integrada de prestación de servicios de salud compuesta por el IMSS, el ISSSTE, el IMSS-BIENESTAR, los hospitales y unidades médicas de PEMEX, los Hospitales Federales de Referencia (HFR), los Institutos Nacionales de Salud, las unidades médicas a cargo de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y las demás instituciones prestadoras de servicios públicos de salud que deseen adherirse.

La operación del SUS implica la expedición a cada beneficiario de una credencial de salud física y digital, así como un expediente clínico electrónico. En su funcionamiento contempla un esquema de compensación financiera establecido por la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Integración Sectorial y Coordinación de Servicios de Atención Médica (SISCOAM), el IMSS, el IMSS-BIENESTAR, el ISSSTE y PEMEX, con aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Conforme a los plazos establecidos en los artículos transitorios del decreto, el intercambio de servicios de salud se hará de manera progresiva, de forma que se garantice su sostenibilidad financiera y operativa. La primera etapa iniciará el 1 de enero de 2027 con atención universal

48. Diario Oficial de la Federación, 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, 29 de mayo de 2023, disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690282&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0

49. Página web del IMSS-BIENESTAR, <https://imssbienestar.gob.mx/> (consultado el 1 de mayo de 2026).

50. Diario Oficial de la Federación, Decreto por el que se crea el Servicio Universal de Salud del Gobierno de México, 17 de abril de 2026, disponible en el link: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5785257&fecha=17/04/2026#gsc.tab=0

a urgencias; atención a embarazos de alto riesgo; Código Infarto (acceso a cualquier unidad médica y traslado a unidad médica de mayor capacidad resolutive, incluyendo salas de hemodinamia); Código Cerebro (acceso universal a unidades médicas que atiendan urgencias de eventos cerebro-vasculares); continuidad de tratamiento ambulatorio, que no se puede interrumpir en pacientes con insuficiencia renal crónica, cáncer, trasplante, infección por VIH o hemofilia en caso de pérdida de derechohabiencia de seguridad social, permaneciendo en la misma institución donde se realizó el diagnóstico y tratamiento inicial; vacunación universal y consultas de atención primaria. En la segunda etapa, que iniciará el 1 de julio de 2027, se esperan servicios universales de estudios de laboratorio y de gabinete, con servicios de radiodiagnóstico de tomografía computada, ultrasonido, resonancia magnética y estudios especiales con medio de contraste, así como sesiones de tratamiento de radioterapia. Se tiene previsto un plazo de 60 días hábiles para la emisión de los lineamientos que expresen las reglas de acceso y operación del SUS, emitidos por la Secretaría de Salud con los comités interinstitucionales especializados.⁵¹

Hasta ahora, sobre el SUS hay varias interrogantes que deberán solventarse con la respuesta institucional del IMSS, del ISSSTE, del IMSS Bienestar, de la Secretaría de Salud y del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM):

1. ¿Cómo armonizarán las pretensiones de compensación financiera e interoperabilidad del SUS sin un cambio a las legislaciones específicas del IMSS, del ISSSTE y del ISSFAM sobre lo que consideran derechohabiencia?
2. ¿En qué sentido reaccionarán los sindicatos de trabajadores del IMSS y del ISSSTE sobre las presiones operativas del SUS?
3. ¿Cuáles serán los mecanismos compensatorios salariales entre personal médico y otros trabajadores del sector salud dentro los subsistemas?
4. ¿Qué apertura habrá hacia la terciarización y subrogación de los servicios de salud y cómo armonizarla con la tendencia a centralizar la operación y la organización de los recursos en el nuevo SUS?
5. ¿A qué modificaciones deberían someterse los sistemas de evaluación para armonizar subsistemas cuyas estructuras, reglas de operación y resultados son distintos?

51. Ibídem.

El SUS es una apuesta distinta al SP, donde la afiliación importa menos que la creación de infraestructura propia y la mejora de cobertura efectiva, al menos desde lo conceptual. Habrá que analizar sus reglas de operación, funcionamiento y resultados para mejorar las condiciones de los servicios de salud. Lamentablemente esto no se hará por sí solo, sin una redefinición de los mecanismos de financiamiento, que es materia de la sección siguiente.



IV. El Sistema de Salud en México y las limitaciones contingentes de la cobertura universal de salud: algunos indicadores clave

Pese a los compromisos globales hacia una cobertura universal de salud, según la OMS 4,600 millones de personas carecen de acceso a servicios sanitarios esenciales, 2,100 millones de personas experimentan dificultades económicas para acceder a la atención médica, incluyendo 1,600 millones que viven en pobreza o sumidos en gastos sanitarios catastróficos. En tres cuartas partes de los países con datos disponibles, los medicamentos representan al menos el 55% de los gastos sanitarios de bolsillo; en tanto, las personas que viven en situación de pobreza, destinan una media de 60% de sus gastos sanitarios de bolsillo a medicamentos.⁵²

Sin embargo, con base en el Informe de la OMS y el Banco Mundial *Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report*, que utiliza el indicador ODS 3.8.1, índice de cobertura de servicios de Cobertura Sanitaria Universal, compuesto a su vez por 14 indicadores de seguimiento en los ámbitos de 1) salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI), 2) enfermedades infecciosas, 3) enfermedades no transmisibles y 4) capacidad y acceso a los servicios, así como el indicador ODS 3.8.2 referido a la población que enfrenta dificultades financieras en materia de salud, el índice mundial de cobertura de servicios aumentó de 54 puntos en el año 2000 a 71 puntos en 2023, mientras la proporción de la población mundial que sufre dificultades financieras disminuyó de 34% en 2000 al 26% en el 2022. En el caso de México, la calificación por el índice de cobertura en servicios es 75 puntos, mientras el 15.9% de la población enfrenta dificultades financieras en materia de salud, con datos relativos al 2022.⁵³

En 2024, según el informe *Health at a Glance 2025*, los 38 países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), incluyendo México, Chile, Colombia y Costa Rica en América Latina, destinaron 9.3% de su producto interno bruto (PIB) a

52. WHO, "Most countries make progress towards universal health coverage, but major challenges remain, WHO–World Bank report finds", 6 de diciembre de 2025, disponible en <https://www.who.int/news/item/06-12-2025-most-countries-make-progress-towards-universal-health-coverage-but-major-challenges-remain-who-world-bank-report-finds>

53. WHO – WB, *Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report*, Gineva, 2025, en <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/04e720a0-bf22-4fb8-ad42-d6296bba739f/content>

las instituciones de salud. Las proyecciones indican que el dicho porcentaje crecerá en promedio 1.5% para 2045. La fuerza laboral en el sector salud representa uno de cada nueve empleos en los países de la OCDE, con un 20% de todos los médicos formados en el extranjero en 2023.⁵⁴

Suiza, Japón, España e Israel lideran un grupo de 27 países de la OCDE cuya esperanza de vida excede los 80 años en 2023, mientras que México y Letonia registran la esperanza de vida más baja con menos de 76 años. Respecto a la prevalencia de diabetes en adultos, en 2022 fue más alta en Costa Rica, Turquía, México y Chile, con 14% o más, mientras que Dinamarca, Francia y España tienen menos de 4%. Por su parte, la cobertura poblacional para los servicios básicos es universal o casi universal en la mayoría de los países de la OCDE, pero en México fue del 78% en 2024.⁵⁵

En Panorama de la salud 2025: México, el seguimiento de indicadores de la OCDE a partir de los últimos resultados nacionales oficiales y de otras fuentes, la mortalidad prevenible fue 243 por cada 100 mil habitantes, cifra mayor que el promedio de la OCDE, de 145 por cada 100 mil. Sobre las tasas de suicidio, la tasa de 6 por cada 100 mil habitantes en México es inferior al promedio en los países de la OCDE de 11 muertes por cada 100 mil habitantes. Nuestro país también presenta mejores resultados en la revisión de indicadores sobre los factores de riesgo para la salud: en el caso de la prevalencia de quienes fuman diariamente, el promedio de la OCDE es 14.8% y en México es 8.5%, mientras que el consumo de alcoholes 6.2 litros per cápita en nuestro país, ante los 8.6 litros per cápita que integran en promedio los países de la OCDE.⁵⁶

Como señala el mismo informe, la satisfacción con la disponibilidad de atención sanitaria es 56% en nuestro país, mientras el promedio en países de la OCDE es 64%. La tasa nacional de vacunación en niños elegibles que han recibido tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina es 78%, que alcanza 93% en el conjunto de países

54. OECD, Health at a Glance 2025, Paris, marzo de 2026, disponible en <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

55. Ibidem.

56. OCDE, **Panorama de la salud 2025: México**, 13 de noviembre de 2025, disponible en https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025-country-notes_2f94481e/mexico_0c55bf71/42bd-b5b4-es.pdf

de la OCDE. Respecto al indicador de tamizaje del cáncer mediante mamografía – considerando mujeres de entre 50 y 69 años sometidas a pruebas de detección, en México solo 20% tiene acceso a dicha prueba, frente al 55% promedio en la OCDE (algunos países como Dinamarca, Suecia, Finlandia y los Estados Unidos alcanzan un 80% o más). Sobre la mortalidad a 30 días de un infarto agudo al miocardio, el indicador nacional es 22.6%, frente al 6.5% del promedio de la OCDE (2.5 en Islandia, el indicador más bajo), en tanto que la mortalidad tras un ictus o accidente cerebrovascular a los 30 días es 17% en México, en los países de la OCDE es 8% (2.1% en Japón, quien presenta el indicador más bajo). En Panorama de la salud 2025: México no hay datos comparables sobre cobertura financiera de la atención médica, necesidades médicas no cubiertas o sobre prescripciones de antibióticos.⁵⁷

Según el último informe nacional voluntario del gobierno mexicano sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con información de la Comisión Nacional de Evaluación (CONEVAL), hay una reducción significativa de la pobreza en los últimos años: de 51.9% en 2018 disminuyó a 46.8% en 2022. Por lo demás, en el periodo de 2018 a 2024 se reporta un incremento de 38% en el gasto en desarrollo social, que además de incluir las asignaciones presupuestarias a salud, considera otros rubros como educación, recreación, cultura, vivienda, etc. Empero, con una breve referencia sobre la creación del Sistema Nacional de Salud para el Bienestar, el informe no actualiza indicadores para el cumplimiento de las metas relacionadas con el objetivo 3 de la Agenda 2030, relacionado con las garantías para una vida sana.⁵⁸

Es en la página web de la Agenda 2030 a cargo de la Secretaría de Economía donde se pueden revisar los indicadores más actualizados. En ella se detallan indicadores de mortalidad materna (3.1.1), mortalidad neonatal (3.2.2), tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas (3.4.1), tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico (3.6.1), entre otros.⁵⁹

57. OCDE, **Panorama de la salud 2025: México**, Ibídem.

58. Secretaría de Economía, 4° **Informe Nacional Voluntario México 2030: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, junio de 2024, en <https://www.economia.gob.mx/secna2030/infvol/INVMX2024Espanol.pdf>

59. Secretaría de Economía, **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (página web), disponible en <https://agenda2030.mx/#/home>. Para la revisión puntual de indicadores, visite: <https://agenda2030.mx/ODSopc.html?ti=T&goal=0&lang=es#/ind>.

Sobre el porcentaje de la población que carece de acceso a los servicios de salud (meta 3n.1 e indicador 3n.1.1), del 2016 al 2022, que es el último indicador disponible, el porcentaje aumentó de 16.2% a 39.1%, lo que supone un crecimiento absoluto de 20.1 millones a 50.4 millones de personas según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Durante el mismo periodo, en la segmentación por grupos de población, la situación es más crítica en población indígena (15.08% a 56.92%),⁶⁰ primera infancia, de 0 a 5 años (15.84% a 45.85%), niñas y niños de 5 a 18 años (13.3% a 42.31%) y población en el ámbito rural (13.19% a 54.81%).⁶¹

Un análisis detallado de los indicadores de acceso y calidad de atención en salud, permite ver que México muestra un 78% de población con servicios básicos, frente al 98% de los países de la OCDE. Este indicador es bastante aproximado a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020, donde el 73.5% de la población se identifica afiliada a alguna institución de salud:⁶² 92.5 millones de personas, de las cuales 51% son afiliadas al IMSS (47.2 millones), 35.5% al INSABI (32.8 millones), 7.7% al ISSSTE (7.1 millones), 2.8% a alguna institución privada (2.6 millones), 1.2% a Pemex, Defensa o Marina (1.2 millones), 1.1% a otra institución (1.14 millones), 1.1% a los ISSSTE estatales (1.04 millones) y 1% al IMSS-Bienestar (958 mil).⁶³

Ha de considerarse que el Censo 2020 se levantó en el periodo de transición, cuando desapareció el SP y se creó el INSABI, cuyo funcionamiento empezó el 1 de enero de 2020, por lo que algunos encuestados del Censo todavía no reconocían adscripción a uno u otro subsistema. Esto queda más claro con el cambio de la pregunta en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH): en 2018 se preguntó si se encuentra afiliado o inscrito al SP, mientras en 2020 y 2022 se preguntó si se encuentra afiliado o inscrito al SP o tiene derecho a los servicios del INSABI. Con la credencialización obligatoria del SP y la apertura del INSABI, aún sin mostrar afiliación, es posible que algunos encuestados no se reconocían como adscritos al SP pero tampoco al INSABI.

60. CONEVAL, Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2022, Ago de 2023, https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2022/Documento_de_analisis_sobre_la_medicion_multidimensional_de_la_pobreza_2022.pdf

61. Secretaría de Economía, Objetivos de Desarrollo Sostenible (página web), ibídem.

62. OECD, *Health at a Glance 2025*, París, marzo de 2026, disponible en <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.

63. INEGI, *Censo de Población y Vivienda 2020*, México, 2020, disponible en https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&idrt=143&opc=t

En la ENIGH 2024, cuando ya se habían transferido los servicios del INSABI al IMSS-BIENESTAR, se preguntó a la población si reportaba estar afiliada o con acceso a algún servicio médico (excepto seguro privado de gastos médicos). Fue previsible la confusión de las personas acerca de si se consideraban adscritas a alguno u otro subsistema, con el paso del SP al INSABI y al IMSS-BIENESTAR entre 2019 y 2023. El acceso a los servicios de salud reportados por las ENIGH cae de 82.6% en 2016, a 82.1%, en 2018 a 69.4%, en 2020 a 57.9% en 2022, con una ligera recuperación en 2024 con 63.3% que reporta tener acceso. Sin embargo, en el último indicador disponible se consigna que 6 de cada 10 personas recibieron atención médica en establecimientos privados y farmacias.⁶⁴

Aumentar la legitimidad de los gobiernos nacional y estatales hacia la prestación efectiva de servicios de salud, con provisión de medicamentos y tratamientos oportunos, no es una tarea menor. En la opinión pública, la Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental más reciente mostró que en 2025 el 45.8% de la población usuaria en el ISSSTE expresó estar satisfecha con sus servicios, mientras en 2023 era 49.3%; en el IMSS, en el mismo periodo hubo una reducción de satisfacción en la población usuaria de 47.7% a 43.3%, mientras que 49.7% de la población usuaria de los servicios en centros de salud y hospitales de gobiernos estatales expresó estar satisfecha en 2025, pero dos años atrás un 58.1% lo estaba. Sobre las unidades del IMSS-BIENESTAR en 2023 no se consideró ese índice de satisfacción, pero en 2025 un 47% de la población usuaria reportó estar satisfecha.⁶⁵

Las métricas para elaborar indicadores sobre cobertura sanitaria y calidad de los servicios de salud deben revisarse exhaustivamente. Con la renovación institucional del SP al INSABI y al IMSS-BIENESTAR todo parece indicar que aumentó de manera significativa el número de personas que se asumen sin cobertura de servicios, por lo menos de la revisión que hicimos de distintas fuentes. Mientras que el IMSS-BIENESTAR en específico o el nuevo SUS con sus subsistemas no mejoren sus métricas de evaluación externa, con transparencia en sus indicadores de infraestructura, servicios, personal médico, acceso a medicamentos, etc., se impondrá la percepción de que ha empeorado la cobertura efectiva, aunque algunos indicadores expresen mejoría en los últimos años.

64. INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2024 (presentación), julio de 2025, en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2024/doc/enigh2024_ns_presentacion_resultados.pdf

65. INEGI, Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental 2025 (ENCIG), México, mayo de 2026, en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2026/encig/ENCIG2025_Ptcn.zip

V. Mecanismos de financiamiento para instituciones públicas de los subsistemas IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar

La universalización en los servicios de salud depende de tres dimensiones: población cubierta (afiliación), oferta de servicios que se pueden conseguir (cobertura) y proporción de los gastos que están cubiertos. Como vimos en la sección anterior, México enfrenta retos significativos en las tres dimensiones, mismos que no han sido subsanados con el SP, el INSABI o el IMSS-BIENESTAR.

El financiamiento de las instituciones de salud en un contexto que busca la cobertura universal progresiva implica el reconocimiento de cuánto y cómo se recauda (con qué impuestos), cómo se gasta (con qué presupuesto) y en qué (cobertura). Esto último ya lo hemos analizado en la sección anterior.

Sobre cuánto y cómo se recauda, la base fiscal en México es la más estrecha entre los países de la OCDE, con un coeficiente tributario de 17.7% en 2023, que contrasta con el promedio de la OCDE (33.9%) y que resulta ser más bajo inclusive que el promedio de América Latina y el Caribe (21.3%). Sin embargo, como porcentaje del PIB, la recaudación tributaria aumentó 6.8 porcentuales como porcentaje del PIB en el periodo 2000-2023, de 10.9% a 17.7%. Por su estructura, la mayor proporción de ingresos tributarios en 2022 provino de impuestos sobre el valor añadido (24%), seguida por el impuesto sobre la renta de sociedades o personas morales (22%), el impuesto sobre la renta de personas físicas (21%), cotizaciones a la seguridad social (14%), otros impuestos sobre bienes y servicios (11%), otros impuestos (6%) e impuestos sobre la propiedad (2%).⁶⁶

Las restricciones fiscales en México afectan directamente la salud: sin ingresos públicos suficientes, el sistema depende de presupuestos anuales vulnerables en cada ciclo económico y ante presiones de otras prioridades. La apuesta reciente de un SUS, prometedora en principio, debe despejar todavía algunas dudas, al menos las que hemos referido al cierre de la sección III.

66. OCDE et al. *Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe*, 2025, París, disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2024/doc/enigh2024_ns_presentacion_resultados.pdf

En México el gasto en salud fue 1,588 dólares per cápita, cifra menor al promedio de la OCDE de 5,967 dólares. Esto representa el 5.9% del PIB, en comparación con el 9.3% de la OCDE.⁶⁷ Acá vale la pena distinguir entre gasto total en salud y gasto público: en 2024, este último representó 3.3% del PIB según la investigación de la Dra. Belén Sáenz de Miera para nuestra organización,⁶⁸ que dista del 5-6% como mínimo sugerido a nivel internacional por la OMS.⁶⁹

Es notable el crecimiento del gasto público dirigido a la población sin seguridad social, que aumentó 2.6 veces entre 2000 y 2024, en comparación con el gasto público dirigido a la población con seguridad social, que aumentó 1.9 veces durante el mismo periodo. Sin embargo, conforme a la última medición, la población con seguridad social recibe cerca de 100 mil millones de pesos adicionales que la población sin seguridad social (583 mil millones frente a 487 mil millones). Por lo demás, hay diferencias significativas en el gasto público en salud por entidad federativa, con 12 entidades que registran un gasto menor a la media nacional como porcentaje del PIB, mientras Chiapas y Guerrero se encuentran por encima del umbral del 6%.⁷⁰

El gasto en prevención dentro del gasto actual en salud es 3.6% nacional y 3.4% en la OCDE. Sobre el personal sanitario, en nuestro país hay 2.7 médicos, 3 enfermeras y 4 camas hospitalarias por cada mil habitantes, mientras el promedio en la OCDE es 3.9 médicos, 9 enfermeras y 13 camas hospitalarias por cada mil habitantes. No se dispone de datos nacionales sobre los trabajadores de cuidados o cuidadores a largo plazo, así como de farmacéuticos en ejercicio.⁷¹

En la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal* de salud se promueve la mancomunación solidaria de los fondos, que en términos llanos incluye la creación de un fondo único de todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos), con carácter solidario, por lo que cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad.⁷²

67. OCDE, Panorama de la salud 2025: México, Ibidem.

68. Sáenz de Miera Juárez, B. Más gasto, mayor equidad. Análisis del gasto per cápita en el IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar, reporte para Salud Justa MX y NCD Alliance, mayo de 2026, disponible en https://mexicosaludhable.org/wp-content/uploads/2026/05/Policy_brief_gasto_salud.pdf

69. La recomendación de la OMS del 5-6% del PIB como proporción del gasto público en salud proviene del hecho que los países que tienen cobertura universal cuentan con fondos mancomunados que representan alrededor de esos porcentajes. Véase WHO, *Health Systems Financing: the path to universal coverage*, 2010, en <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/18e28fe3-d767-417f-811a-fd5f639a9ee4/content>

70. Sáenz de Miera Juárez, Ibidem.

71. OCDE, Panorama de la salud 2025: México, Ibidem.

72. 53° Consejo Directivo – 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, *Estrategia para el acceso universal y la cobertura universal de salud*, Ibidem.

¿Cómo mejorar la base tributaria para que aumente considerablemente el presupuesto de las instituciones de salud rumbo a la cobertura universal y disminuya el gasto catastrófico o empobrecedor? Aun con el objetivo de que el gasto público represente 5% del PIB, todavía faltan 1.7 puntos porcentuales, pero si la meta es 6% el déficit es 2.7%. ¿Cuáles son nuestras propuestas para mejorar la cobertura efectiva y la calidad de los servicios de salud?

Con excepción de los defensores de Nozik y Engelhardt, ampliar la respuesta solidaria hacia las personas sin acceso a servicios de salud de calidad exige una profunda revisión de la política fiscal como eje fundamental de las políticas públicas, especialmente la política social, en la cual se actualicen y aumenten impuestos generales al consumo, impuestos sobre la renta, impuestos sobre herencias, impuestos sobre la propiedad, sin demérito de promover otras opciones fiscales y recaudatorias desde las entidades federativas y los municipios. Vistos por su potencial y condición de equidad, la reforma debe presentarse como un pacto fiscal por derechos teniendo en cuenta los siguientes instrumentos:

Instrumento	Potencial	Condición de equidad
Impuestos sobre la renta individual o corporativa (sobre empresas)	Alto si se reducen privilegios y evasión	Progresividad real y fiscalización
Impuesto al Valor Agregado	Alto, pero sensible socialmente	Compensaciones y diseño cuidadoso
Impuestos sobre las herencias	Alto, están exentos en la Ley del ISR vigente, pero ya existen en España, Japón, Corea del Sur, Francia y otros países como Impuesto sobre la herencia o sobre el caudal hereditario	Progresividad real, innovación y diseño cuidadoso
Impuestos sobre la propiedad	Medio y estable para servicios locales	Catastro actualizado y apoyo a municipios
Impuestos verdes	Medio; co-beneficios ambientales	Usar parte en salud climática y transporte activo

Al considerar que los impuestos saludables tienen por objetivo primario reducir la prevalencia y la carga de morbilidad asociada al consumo de productos de tabaco y nicotina, bebidas alcohólicas, bebidas azucaradas y comestibles ultraprocesados, la brecha entre ingresos fiscales y gasto público en salud es tan amplia que dichos impuestos son necesarios, insuficientes, pero no desdeñables. Una investigación de FUNDAR, sobre aumentos a los productos de tabaco, las bebidas alcohólicas y las bebidas azucaradas, estima que la recaudación podría aumentar en 42.9%, para alcanzar cerca de 284 mil millones de pesos.⁷³ Esto no parece tan poco si lo comparamos con los 1,070 millones de gasto público en salud para 2024.

Otra opción de financiamiento es la deuda para la inversión sanitaria. Parece legítimo reivindicar que aumente la deuda pública si financia activos públicos duraderos como infraestructura, equipamiento, digitalización, laboratorios, cadenas de frío, sistemas de información, expediente clínico interoperable, herramientas de salud digital, mantenimiento mayor u otros. Si la deuda financia gasto corriente permanente, eso genera obligaciones futuras. Sin embargo, el margen de deuda en México está limitado por presiones fiscales: Moody's rebajó la calificación soberana de México a Baa3 con perspectiva estable por las debilidades fiscales y el apoyo continuado a PEMEX, además que ajustó su perspectiva de crecimiento del PIB real a menos de 1%.⁷⁴

Priorizar la atención primaria como destino estratégico del financiamiento público; aumentar la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas del gasto o inversión en salud; incluir la participación social en salud con instrumentos deliberativos y resolutivos; reducir las duplicidades administrativas y auditar compras; contratar y retener personal en zonas rezagadas con medidas de protección a su seguridad personal y familiar; auditar compras e infraestructura con datos abiertos; publicar un tablero nacional de acceso y cobertura efectivos; integrar salud pública, atención clínica y trabajo comunitario; crear un sistema de evaluación de indicadores de impacto y desempeño en los subsistemas de salud, son solo algunas recomendaciones adicionales.

73. Fundar – El Poder del Consumidor, Impuestos saludables: más recursos para la salud pública, México, 2025, disponible en https://fundar.org.mx/wp-content/uploads/2025/09/Impuestos-Saludables_sep24.pdf

74. El Financiero, "Moody's Ratings rebaja la calificación de México a 'Baa3'", 20 de mayo de 2026, en <https://www.elfinanciero.com.mx/economia/2026/05/20/moodys-ratings-rebaja-la-calificacion-de-mexico-a-baa3/>

VI. Consideraciones finales

Nuestro país enfrenta retos significativos para construir un sistema de salud hacia la cobertura universal, no solo porque su historia registra la creación de feudos sanitarios o subsistemas, sino porque hay inercias institucionales superpuestas que hacen obligatoria una reforma legal y financiera de las instituciones de salud. La meta de un gasto público en salud de 5-6% como porcentaje del PIB no parece lejana si hay estrategias con escenarios intermedios y escalables o transformaciones significativas al régimen fiscal de país.

Parece inevitable la revisión de un posible Fondo Nacional para la Cobertura Universal, pero con un diseño institucional diferenciado del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que surgió con el Seguro Popular y en vez de premiar financieramente la afiliación por sí, con incentivos perversos para las autoridades de las entidades federativas. Deben reducirse las desigualdades entre la población con y sin seguridad social, con un sistema de indicadores de impacto social y desempeño que efectivamente muestre el beneficio sobre las comunidades.

Existen riesgos hacia las propuestas técnicas de la presente investigación. El primer riesgo es político: las desconfianzas mutuas en el tablero de actores políticos y la oposición de los intereses económicos afectados por la reforma fiscal pueden descarrilar el proceso. El segundo riesgo es administrativo: si los sindicatos del IMSS, del ISSSTE, del IMSS-Bienestar⁷⁵ o de la Secretaría de Salud consideran que la interoperabilidad del Servicio Universal de Salud del Gobierno de México (SUS) pone en riesgo sus condiciones de trabajo o sus remuneraciones, habrá una reacción negativa. En este mismo grupo también podríamos considerar la baja capacidad para ejecutar más gasto o las intromisiones indebidas de proveedores sobre los procesos de compras consolidadas.

75. Junta de Gobierno, "Segunda sesión ordinaria 2024 de la Junta de Gobierno de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)", 12 de jul de 2024, en https://cdn.imssbienestar.gob.mx/ssib/assets/docs/transparencia_AGB/2024/ordinarias/2A_SESION_ORDINARIA_24.pdf

El tercer riesgo es fiscal: deuda solo para la inversión sanitaria, ingresos fiscales adicionales etiquetados para el sector. El cuarto riesgo sería profundizar la inequidad, esto es que los recursos adicionales beneficien a las instituciones con mayor capacidad política o administrativa. El quinto riesgo es conceptual: asumir que los agentes económicos son mejores proveedores de servicios de salud obstruye la capacidad del Estado para crear su propia infraestructura y otros activos necesarios.

México tiene la oportunidad histórica de replantear el financiamiento en salud. La cobertura universal no se alcanzará sólo reorganizando instituciones ni anunciando gratuidad: requiere dinero público suficiente, progresivo y estable, gastar mejor y reducir el gasto de bolsillo, empezando por medicamentos esenciales, atención primaria y redes que resuelvan los problemas de salud pública que interesan a la población.

Norman Daniels nos hizo pensar que una salud justa es posible, con sus dimensiones de salud pública intersectorial, reducción de barreras financieras y no financieras para el acceso equitativo, exhaustividad de los beneficios y niveles de beneficios, financiación equitativa, mejora de la calidad vía la atención primaria comunitaria, eficiencia administrativa, rendición democrática de cuentas y empoderamiento de la sociedad civil, así como autonomía del paciente y del proveedor. Si cada uno de estos conceptos se explicara con claridad a la población como elementos fundamentales del Servicio Universal de Salud, no dudo que aumentaría la legitimidad de las decisiones públicas.

Se ha gastado mucha tinta sobre los compromisos internacionales para un Sistema Universal de Salud. Hoy México debe actuar, para lo cual es indispensable que supere las diferencias entre actores políticos y económicos en aras de una mayor protección social. Es irresponsable postergar estas decisiones. Es tiempo de ampliar nuestros horizontes para alcanzar una vida mejor.

México **Saludhable**