

# Cobertura universal en salud

## Avances en acceso, retos en afiliación y financiamiento



Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (CIEP)

Judith Senyacen Méndez Méndez | judithmendez@ciep.mx

Camila Itzel Lugo Porras | camilalugo@ciep.mx

7 de abril de 2026

#UniversoCIEP | #GastoPúblico | #Salud

En el marco del Día Mundial de la Salud analizamos el avance de la **cobertura universal de salud** en México a partir de sus tres dimensiones: **afiliación, acceso a servicios y financiamiento** en 2024 respecto de 2018. Se observan **avances insuficientes en dos de las tres dimensiones: acceso y financiamiento**. En cuanto a la primera, hay aumentos en los indicadores de catálogo de servicios, personal médico y personal de enfermería aunque no en número de camas; mientras que en el financiamiento el gasto público pasó de 2.3 % a 2.6 % del PIB. Estos avances son limitados ya que las brechas respecto a indicadores internacionales mínimos persisten, además de las tasas de atención pública siguen estando por debajo del 50 % y el gasto de bolsillo aumenta más que el gasto público. El mayor retroceso se observa en la afiliación dado que se duplicó el número de personas que no reportan tener ninguna afiliación al pasar de 22.2 millones en 2018 a 47.7 millones en 2024. Ante este escenario, avanzar hacia la cobertura universal requiere fortalecer el sistema de salud, mejorar el acceso y reducir la carga financiera sobre los hogares.

### Índice

1	Acción global para la cobertura universal	1
2	Afiliación	1
3	Acceso efectivo en salud	2
4	Financiamiento del sistema de salud	4
5	Implicaciones de política económica	5
	Acrónimos	6
	Bibliografía	6

## 1

### Acción global para la cobertura universal

En el marco del Día Mundial de la Salud, reflexionamos sobre los principales desafíos de los sistemas sanitarios. Para 2026, el lema **“Acción global para la cobertura universal en salud”**, subraya la importancia de garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios esenciales — como prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos— sin enfrentar dificultades financieras. La cobertura universal de salud es clave para construir sistemas sanitarios resilientes, equitativos y sostenibles (SDG Resource Centre, 2026).

La **CUS** garantiza no sólo el acceso a servicios, sino también su calidad y protección financiera a la población. Esto implica que las personas reciban atención adecuada sin que ello represente una carga económica. En este sentido, constituye un pilar fundamental para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos y eficientes (World Health Organization, 2010).

### 1.1 Objetivo

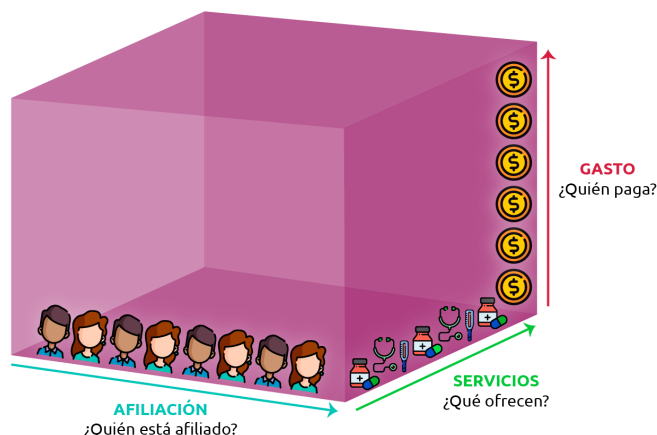
Esta investigación tiene como objetivo **analizar los avances y retos de la cobertura universal de salud en México**, considerando sus tres dimensiones: afiliación, acceso a servicios y financiamiento del sistema de salud en dos puntos del tiempo: 2018 y 2024.

## 2

### Afiliación

La afiliación a servicios de salud constituye el primer componente de la **CUS**. **En México, la afiliación se distribuye entre distintos subsistemas** —seguridad social, servicios públicos para población sin seguridad social y servicios privados—, esto refleja la fragmentación del sistema y diferencias en el acceso a servicios.

Figura 1: Cubo de Cobertura Universal Sanitaria



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de: (CIEP, 2018).

**TASA DE ATENCIÓN** Proporción de personas que recibieron atención médica entre aquellas que reportaron haber tenido una necesidad de atención en un periodo determinado.

**GASTO TOTAL EN SALUD** Conjunto de recursos destinados a la provisión de bienes y servicios de salud en un país durante un periodo determinado, incluye gasto público y gasto privado (World Health Organization, OECD, y Eurostat, 2011).

**GASTO PÚBLICO EN SALUD** Recursos destinados a la provisión de servicios de salud financiados por el gobierno y la seguridad social, provenientes de impuestos o contribuciones obligatorias (World Health Organization et al., 2011).

**GASTO PRIVADO EN SALUD** Recursos destinados a servicios de salud financiados directamente por los hogares o mediante seguros privados y otros mecanismos de aseguramiento (World Health Organization et al., 2011).

**GASTO DE BOLSILLO EN SALUD** Pagos directos que realizan los hogares al momento de utilizar servicios de salud o adquirir medicamentos, sin reembolso por parte de seguros u otros mecanismos de financiamiento; forma parte del gasto privado (World Health Organization, 2023).

## 2.1 Afiliación por institución

En 2024, 63.8 millones de personas reportaron alguna afiliación, principalmente a través del IMSS y el ISSSTE. Sin embargo, la población **sin afiliación al sistema público de salud se duplicó al pasar de 22.2 millones en 2018 a 47.7 millones en 2024**, lo que evidencia el retroceso en esta primera dimensión de la cobertura (Cuadro 1).

A nivel geográfico, la afiliación presenta diferencias entre entidades. Estados con mayor empleo formal, como Nuevo León y Coahuila, registraron mayores niveles de afiliación, mientras que en el sur se observan mayores proporciones de población sin cobertura. Destaca **Chiapas, donde cerca de dos terceras partes de la población no reportan afiliación** a algún sistema público de salud (Ver Figura 2).

## 3

### Acceso efectivo en salud

Avanzar en materia de cobertura universal depende no sólo de la afiliación, sino también de la **disponibilidad de recursos físicos y humanos** para responder a la demanda de atención. La **segunda dimensión** de la **CUS** se refiere al **paquete de servicios** disponible para cada persona en cada uno de los subsistemas de salud, así como la capacidad física medida con el número de camas totales, camas censables, personal médico y de enfermería, entre otros indicadores.

**Cuadro 1: Personas afiliadas a servicios de salud por tipo de cobertura**

Tipo de cobertura	2018	2024
<b>Seguridad social</b>		
IMSS	45,193,552	53,630,567
ISSSTE	8,502,591	8,972,998
PEMEX	950,719	1,166,402
<b>Sin seguridad social</b>		
Atención pública	52,560,386	18,307,886
Seguro de gastos médicos (privado)	-	1,629,519
Otro	896,567	379,162
Sin afiliación (ninguno)	22,222,146	47,731,603

**Nota 1:** Cifras en número de personas.

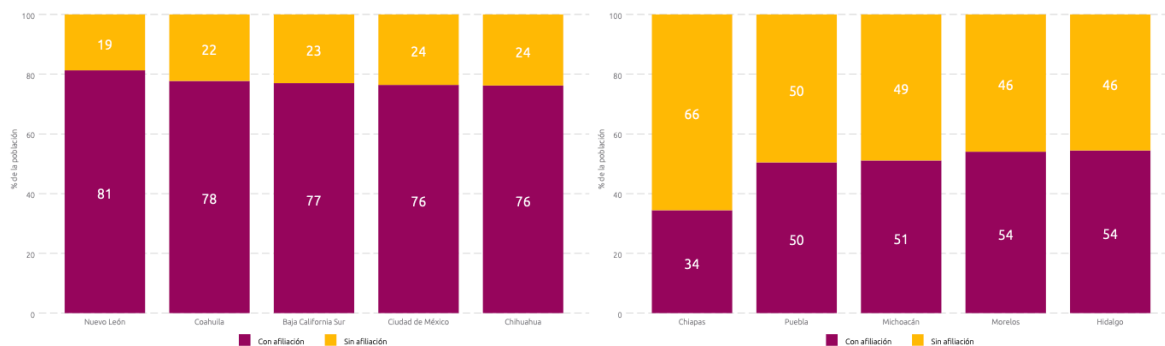
**Nota 2:** La afiliación es autorreportada por la población en la ENIGH y no es mutuamente excluyente.

**Nota 3:** ISSSTE incluye ISSSTE Federal y estatal.

**Nota 4:** La categoría de atención pública incluye Seguro Popular y PROSPERA en 2018, e IMSS-Bienestar y servicios estatales en 2024.

**Fuente:** Elaborado por el CIEP, con información de: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019, 2025).

**Figura 2: Entidades con mayor y menor proporción de población afiliada a los servicios de salud, 2024**



**Fuente:** Elaborado por el CIEP, con información de: (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2025).

### 3.1 Diagnósticos e intervenciones

La amplitud del catálogo de diagnósticos e intervenciones es clave para evaluar la capacidad del sistema de salud y responder a las necesidades de la población. Instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE han mantenido históricamente catálogos amplios de atención médica, con cerca de 8,000 diagnósticos e intervenciones reportados, mientras que Pemex puede cubrir incluso cirugías estéticas y cosméticas (CIEP, 2018).

En contraste, los programas dirigidos a población sin seguridad social presentaban catálogos más limitados. Por ejemplo, el Seguro Popular reportaba entre 1,407 y 1,807 intervenciones, mientras que el programa IMSS-Bienestar incluía 50 acciones. Para 2024, el **catálogo diagnóstico del sistema público se aproxima a 14,000 conceptos, lo que sugiere una mayor estandarización** en la clasificación y registro de la atención médica entre instituciones (Cuadro 2).

### 3.2 Recursos físicos y humanos

La disponibilidad de recursos físicos y humanos es clave para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. Como se observa en el **Cuadro 3**, existen diferencias entre instituciones en la disponibilidad de camas hospitalarias y personal sanitario. El IMSS, por ejemplo, presenta menores niveles de camas por cada mil personas, mientras que instituciones como el **ISSSTE y Pemex registran mayor disponibilidad de infraestructura y personal médico**.

Respecto a los países miembros de la OCDE, México presenta menores niveles en la mayoría de los subsistemas. En el caso de IMSS-Bienestar, los indicadores también se sitúan por debajo de estos valores, lo que refleja las limitaciones de infraestructura y personal disponibles para atender a la población sin seguridad social.

## Cuadro 2: Diagnósticos e intervenciones: catálogo por instituciones

Institución / Programa	2018	2024
IMSS	8,000	14,000
ISSSTE	8,000	14,000
Pemex	8,000	14,000
Seguro Popular	1,807	-
Programa IMSS Bienestar	50	-
OPD IMSS Bienestar	-	14,000

**Nota:** Las cifras de 2018 corresponden al número de intervenciones reportadas por institución o programa.

**Nota 2:** En 2018, IMSS Bienestar incluyó 27 intervenciones del CAUSES; estas acciones se aproximan a 50 intervenciones de la CIE.

**Nota 3:** Para 2024 se considera un catálogo de 14,000 diagnósticos conforme al catálogo de la DGIS; ante la ausencia de un catálogo propio, se asume el mismo para IMSS-Bienestar.

**Fuente:** Elaborado por el CIEP, con información de: Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (2019); Diario Oficial de la Federación (2009, 2019); Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2016, 2024); Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2017).

La evidencia sobre el acceso a servicios de salud muestra que no todas las personas que experimentan una necesidad de atención médica buscan o reciben servicios oportunamente. Factores como los tiempos de espera, los costos asociados a la atención, la distancia a establecimientos de salud y la percepción de la calidad de los servicios influyen en estas decisiones y en el uso de los servicios disponibles, lo que en algunos casos se refleja en un mayor recurso al gasto directo de los hogares (Méndez Méndez, 2025).

## 4

## Financiamiento del sistema de salud

La disponibilidad de recursos financieros determina la capacidad de un sistema de salud para ofrecer servicios suficientes, oportunos, de calidad y para garantizar protección financiera a la población. Esta **tercera dimensión** de la **CUS** incluye el gasto público, contribuciones asociadas a la seguridad social y el gasto privado. La combinación de estas fuentes incide en la equidad y en el acceso efectivo a los servicios de salud, así como en la capacidad del sistema para responder a las necesidades de atención de la población.

El gasto total en salud en México ha mostrado una tendencia creciente en términos reales durante los últimos años. Entre 2018 y 2024 el gasto pasó de 1.7 billones a 2.1 billones de pesos (de 5.2 % a 6.2 % del PIB), lo que representa un incremento acumulado cercano a 24 %. Sin embargo, este aumento refleja se debe principalmente a la persistencia del gasto privado, en particular del gasto de bolsillo y al aumento en el gasto de instituciones de seguridad social (Figura 3).

A nivel internacional se sugiere que el gasto público concentre cerca de 80 % del gasto total, esto con la finalidad de evitar el gasto privado excesivo que podría conducir a gasto catastrófico o empobrecedor por motivos de salud (World Health Organization, 2010). Sin embargo, en México esta proporción se ubica cerca de 55 % y 60 %, lo que implica **mayor participación privada**.

Los resultados del gasto por persona indican que, aunque el gasto total en salud ha aumentado, este incremento se debe sobretodo a la parte privada ya que, el gasto per cápita público aumentó pero el gasto de bolsillo incrementó en mayor proporción. Esto generó que **una mayor proporción del gasto total esté financiada por los hogares**. En 2024, el caso menos favorable se presentó en las personas afiliadas al ISSSTE donde el 52 % del monto total proviene del gasto de bolsillo mientras que, en las personas con servicios médicos de Pemex el gasto de bolsillo representó el 12 % del gasto total por persona en salud (Cuadro 4).

## 4.1 Gasto público en salud

El gasto público pasó de 2.3 % del PIB en 2018 a 2.6 % del PIB en 2024, aunque representa un aumento de 3 décimas del PIB, **mantiene una brecha de más de 3 puntos** para alcanzar el mínimo sugerido a nivel internacional de 6 % (World Health Organization, 2010). Asimismo, la composición del gasto público muestra una mayor proporción destinada a la población con seguridad social; entre 2018 y 2024, alrededor de 54 % a 56 % del gasto público en salud se dirigió a este grupo, mientras que entre 44 % y 46 % se asignó a la población sin seguridad social.

**Cuadro 3: Recursos físicos y humanos por institución de salud**

Institución / Programa	Camas censables		Camas totales		Personal médico		Personal enfermería	
	2018	2024	2018	2024	2018	2024	2018	2024
IMSS	0.8	0.7	1.1	1.1	1.9	2.0	2.3	2.1
ISSSTE	1.0	1.1	1.4	1.6	3.6	3.6	4.0	3.6
Pemex	4.4	3.6	5.9	5.2	6.9	7.1	5.9	6.1
IMSS Bienestar	0.8	0.6	1.3	1.0	2.2	2.0	3.0	2.7
<b>Nacional</b>	<b>1.1</b>	<b>1.1</b>	<b>0.7</b>	<b>0.7</b>	<b>2.0</b>	<b>2.3</b>	<b>2.5</b>	<b>2.7</b>
OCDE	3.7	4.3	3.5	4.7	3.5	3.7	8.8	9.2

**Nota:** Camas y personal por cada 1,000 derechohabientes o población usuaria estimada.

**Nota 2:** Para IMSS-Bienestar el cálculo se realiza considerando la población sin seguridad social como población objetivo del programa.

**Fuente:** Elaborado por el CIEP, con información de: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2023); Secretaría de Salud (2023).

La desigualdad en el gasto público per cápita es otro de los resultados del análisis. Aunque en términos porcentuales el incremento en el gasto per cápita para una persona con servicios de salud de Pemex fue de 16.9 % y para una persona sin seguridad social de 15.1 %, en términos reales, una persona que tiene acceso a los servicios de salud de Pemex tiene 3.5 veces más el gasto per cápita que una persona sin seguridad social. Para 2026, esta desigualdad se eleva a 6.3 veces más debido a la caída en el gasto per cápita de las personas con IMSS Bienestar (SHCP, 2025).

## 4.2 Gasto privado en salud

**El gasto privado en salud se compone principalmente del gasto de bolsillo de los hogares.** En México el gasto privado representa alrededor del 50 % del financiamiento del sistema de salud en México, equivalente a alrededor de 2.5 % a 3.0 % del PIB en el periodo analizado (Figura 3). A nivel nacional, el gasto de bolsillo en los hogares aumentó 40 %; **por afiliación e individuo, este aumento osciló entre 31.5 % en las personas sin seguridad social y hasta 66.6 % en las personas derechohabientes del IMSS** (Cuadro 4).

A lo largo del periodo analizado, el gasto privado ha representado una parte importante del financiamiento del sistema de salud. Aunque el gasto público continúa siendo la principal fuente de recursos, los hogares absorben una proporción considerable de los costos de atención mediante pagos directos por consultas, medicamentos y otros insumos. Esto evidencia los retos que enfrenta el sistema para reducir la carga financiera sobre la población y fortalecer la protección financiera a los hogares.

## 5

### Implicaciones de política económica

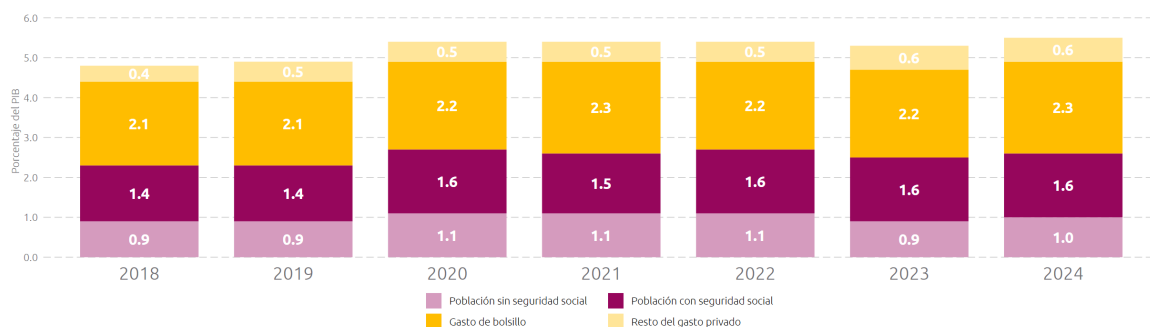
Avanzar hacia la cobertura universal de salud en México requiere fortalecer las tres dimensiones del sistema: afiliación, acceso y financiamiento. Ampliar la cobertura implica no sólo incrementar la afiliación, sino garantizar que los servicios estén disponibles y sean accesibles para toda la población (World Health Organization y World Bank, 2023).

Fortalecer la capacidad resolutive del sistema —mediante mayor disponibilidad de personal de salud, infraestructura y equipamiento médico— es clave para cerrar la brecha entre la necesidad de atención y la recepción de servicios médicos en el país. Esto implica no sólo ampliar la oferta de servicios, sino también mejorar su distribución y su capacidad para responder a la demanda de atención de la población.

En términos de financiamiento, aunque el gasto total en salud ha mostrado un crecimiento gradual en los últimos años, el gasto de bolsillo de los hogares continúa representando una proporción relevante y creciente del financiamiento del sistema sanitario en México. Avanzar hacia una mayor protección financiera requiere fortalecer la inversión pública en salud y orientar el gasto hacia servicios y medicamentos esenciales que reduzcan los pagos directos de la población (World Health Organization y World Bank, 2023).

Finalmente, la expansión del modelo de atención a través de IMSS-Bienestar representa una oportunidad para ampliar la cobertura de servicios para la población sin seguridad social en el país. No obstante, para que esta transición contribuya efectivamente a la cobertura universal será necesario acompañarla con mayor inversión en infraestructura

Figura 3: Composición del gasto en salud en México



Nota: Cifras en puntos del PIB.

Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de: (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2025; Secretaría de Salud, 2024).

Cuadro 4: Gasto en salud per cápita por afiliación y fuente de financiamiento

Afiliación	Público	2018 Bolsillo	Total	Público	2024 Bolsillo	Total
IMSS	5,135 (63 %)	3,022 (37 %)	8,157 (100 %)	7,546 (60 %)	5,036 (40 %)	12,582 (100 %)
ISSSTE	5,521 (53 %)	4,824 (47 %)	10,345 (100 %)	6,669 (48 %)	7,187 (52 %)	13,856 (100 %)
PEMEX	25,771 (90 %)	2,923 (10 %)	28,695 (100 %)	30,138 (88 %)	4,042 (12 %)	34,180 (100 %)
IMSS-Bienestar / Seguro Popular*	5,869 (72 %)	2,286 (28 %)	8,155 (100 %)	6,756 (69 %)	3,007 (31 %)	9,763 (100 %)

Nota: Cifras en pesos constantes de 2024 por persona.

Nota 2: La categoría corresponde a Seguro Popular en 2018 e IMSS-Bienestar en 2024.

ra, personal médico y sistemas de información que permitan monitorear el acceso y el desempeño del sistema nacional de salud (Gobierno de México, 2023).

**PEF** Presupuesto de Egresos de la Federación

**Pemex** Petróleos Mexicanos

**PIB** Producto Interno Bruto

## Acrónimos

**CIEP** Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.

**CUS** Cobertura Universal Sanitaria

**IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social

**ISSSTE** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**OCDE** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

## Bibliografía

CIEP. (2018). **Sistema universal de salud: Retos de cobertura y financiamiento**. Descargado de <https://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf>

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). (2019). **Catálogo universal de servicios de salud (causes)**. <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>. (Consulta: 2026-03-07)

Diario Oficial de la Federación. (2009). **Acuerdo mediante el cual se establecen las reglas de operación del programa imss-oportunidades para el ejercicio fiscal 2010**. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle)

- .php?codigo=5126435&fecha=28/12/2009. (Publicado el 28 de diciembre de 2009)
- Diario Oficial de la Federación. (2019). **Acuerdo mediante el cual se establecen las reglas de operación del programa imss-bienestar para el ejercicio fiscal 2019**. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5551403&fecha=27/02/2019](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5551403&fecha=27/02/2019). (Publicado el 27 de febrero de 2019)
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). (2016). **Clasificación de enfermedades**. [https://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/comece/cindex\\_gobmx.html](https://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/comece/cindex_gobmx.html). (Referencia a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10))
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). (2024). **Catálogos diagnósticos**. [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/diagnostico\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/diagnostico_gobmx.html). (Consulta: 2026-03-07)
- Gobierno de México. (2023). **Imss-bienestar: modelo de atención médica universal y gratuita**. <https://www.gob.mx/imssbienestar>. (Consulta: 2026-03-11)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2017). **Padecimientos atendidos por el imss 2016**. (Solicitud de información pública a través de la Plataforma Nacional de Transparencia)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). **Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (enigh) 2018**. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>. (Consulta de microdatos)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2025). **Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (enigh) 2024**. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2024/>. (Microdatos)
- Méndez Méndez, J. S. (2025, August). **Gasto de bolsillo en salud: Resultados de la enigh 2024**. Descargado de <https://ciep.mx/gasto-de-bolsillo-en-salud-resultados-de-la-enigh-2024/> (Consulta: 2026)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2023). **Oecd health statistics**. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. (Indicadores de camas hospitalarias y personal de salud)
- SDG Resource Centre. (2026). **World health day 2026**. <https://sdgresources.relx.com/events/world-health-day>. (Accessed: 2026-03-06)
- Secretaría de Salud. (2024). **Sistema de cuentas en salud a nivel federal y estatal (sicuentas)**. (Dirección General de Información en Salud)
- Secretaría de Salud. (2023). **Infraestructura y recursos humanos del sistema nacional de salud**. <http://www.dgis.salud.gob.mx>. (Dirección General de Información en Salud)
- SHCP. (2025). **Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2026** (Inf. Téc.). Autor. Descargado de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF\\_2026.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2026.pdf)
- World Health Organization. (2010). **The world health report: Health systems financing: The path to universal coverage**. WHO.
- World Health Organization. (2023). **Global health expenditure database: Out-of-pocket expenditure**. <https://apps.who.int/nha/database>. (Accessed: 2026-03-06)
- World Health Organization, OECD, y Eurostat. (2011). **A system of health accounts 2011**. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549950>. (Manual metodológico del System of Health Accounts)
- World Health Organization, y World Bank. (2023). **Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report**. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>. (World Health Organization, Geneva)



Somos un **centro de investigación** de la sociedad civil, sin fines de lucro y apartidista,  
**que contribuye a la comprensión de la economía y finanzas públicas** en México,  
mediante herramientas y análisis accesibles y técnicamente sólidos,  
**para lograr una sociedad más informada y participativa**, mejorar las políticas públicas  
y construir un sistema fiscal **en beneficio de las generaciones presentes y futuras.**