



Artículo de Investigación

Evolución del acceso a servicios de salud en México tras la eliminación del Seguro Popular

Evolution of Access to Health Services in Mexico After the Elimination of Seguro Popular

Jorge Angel Velasco Espinal¹  , Ana Paula Calderón Aguirre²  ,
Yazmin Guadalupe Mondragón Hernández³  , Armando Arredondo Valle⁴  ,
Perla Itzel Montes Caballero⁵  , Evelyn Garfias Zetina⁶  ,
Ximena Barrón Martínez⁷  

¹ Universidad del Valle de Cuernavaca, Morelos, México

² Universidad Anáhuac Sur, Ciudad de México, México

³ Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

⁴ Tecnológico de Monterrey, Morelos, México

⁵ Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México

⁶ Universidad del Valle de México, Morelos, México

⁷ Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

Recibido: 2025-05-01 / **Aceptado:** 2025-06-02 / **Publicado:** 2025-07-01

RESUMEN

El presente artículo documental y estadístico analiza la evolución del acceso a los servicios de salud en México tras la eliminación del Seguro Popular y su sustitución por modelos como INSABI e IMSS-Bienestar. El estudio incluyó la aplicación de 74,000 encuestas a personas de diversas edades, regiones y niveles socioeconómicos, con el objetivo de conocer su percepción sobre afiliación, acceso efectivo, tiempos de espera, disponibilidad de medicamentos, gasto de bolsillo y valoración histórica del sistema de salud durante los últimos cinco gobiernos. La metodología combinó estadística descriptiva y análisis comparativo para interpretar las respuestas y vincularlas con estudios previos y diagnósticos institucionales. Los resultados muestran que, aunque la mayoría de la población mantiene alguna forma de afiliación, persisten deficiencias estructurales: más del 50 % no recibe todos los medicamentos recetados, un alto porcentaje gasta recursos propios para complementar su atención y las calificaciones del sistema han descendido en los últimos periodos. La discusión relaciona estos hallazgos con evidencia académica e internacional, destacando que la cobertura formal no garantiza acceso oportuno ni calidad homogénea. Las conclusiones enfatizan la necesidad de una transformación real, integral y sostenida del sistema de salud, que combine financiamiento suficiente, fortalecimiento del primer nivel de atención, abastecimiento garantizado y mecanismos de evaluación continua para garantizar un derecho efectivo y equitativo para toda la población.

Palabras clave: acceso a la salud, gasto de bolsillo, IMSS-Bienestar, INSABI, México, Seguro Popular

ABSTRACT

This documentary and statistical article analyzes the evolution of access to health services in Mexico after the elimination of Seguro Popular and its replacement by models such as INSABI and IMSS-Bienestar. The study included the application of 74,000 surveys to people of various ages, regions, and socioeconomic levels, aiming to understand their perception of affiliation, effective access, waiting times, availability of medications, out-of-pocket spending, and historical rating of the health system during the last five administrations. The methodology combined descriptive statistics and comparative analysis to interpret the answers and link them with previous studies and institutional diagnoses. The results show that, although most people maintain some form of affiliation, structural deficiencies persist: more than 50% do not receive all prescribed medications, a significant proportion spends their own resources to complement their care, and the system's ratings have declined in recent administrations. The discussion connects these findings with academic and international evidence, highlighting that formal coverage does not guarantee timely access or consistent quality. The conclusions

emphasize the need for a real, comprehensive, and sustained transformation of the health system, combining sufficient financing, strengthening of primary care, guaranteed supply of medicines, and continuous evaluation mechanisms to ensure an effective and equitable right to health for the entire population.

keywords: access to health, IMSS-Bienestar, INSABI, Mexico, out-of-pocket spending, Seguro Popular

RESUMO

Este artigo documental e estatístico analisa a evolução do acesso aos serviços de saúde no México após a eliminação do Seguro Popular e sua substituição por modelos como o INSABI e o IMSS-Bienestar. O estudo incluiu a aplicação de 74.000 questionários a pessoas de diferentes idades, regiões e níveis socioeconômicos, com o objetivo de conhecer sua percepção sobre afiliação, acesso efetivo, tempos de espera, disponibilidade de medicamentos, gasto do próprio bolso e avaliação histórica do sistema de saúde durante os últimos cinco governos. A metodologia combinou estatística descritiva e análise comparativa para interpretar as respostas e vinculá-las a estudos anteriores e diagnósticos institucionais. Os resultados mostram que, embora a maioria da população mantenha alguma forma de afiliação, persistem deficiências estruturais: mais de 50% não recebe todos os medicamentos prescritos, uma alta porcentagem utiliza recursos próprios para complementar seu atendimento, e as avaliações do sistema têm caído nos últimos períodos. A discussão relaciona esses achados com evidências acadêmicas e internacionais, destacando que a cobertura formal não garante acesso oportuno nem qualidade homogênea. As conclusões enfatizam a necessidade de uma transformação real, integral e sustentada do sistema de saúde, que combine financiamento suficiente, fortalecimento do primeiro nível de atenção, abastecimento garantido e mecanismos de avaliação contínua para assegurar um direito efetivo e equitativo para toda a população.

palavras-chave: acesso à saúde, gasto do próprio bolso, IMSS-Bienestar, INSABI, México, Seguro Popular

Forma sugerida de citar (APA):

Velasco Espinal, J. A., Calderón Aguirre, A. P., Mondragón Hernández, Y. G., Arredondo Valle, A., Montes Caballero, P. I., Garfias Zetina, E., & Barrón Martínez, X. (2025). Evolución del acceso a servicios de salud en México tras la eliminación del Seguro Popular. *Revista Científica Multidisciplinar SAGA*, 2(3), 39-61. <https://doi.org/10.63415/saga.v2i3.166>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

INTRODUCCIÓN

En México, el acceso efectivo a los servicios de salud ha sido históricamente un reto estructural asociado a profundas desigualdades socioeconómicas y territoriales (Laurell, 2013; Huffman & Van Gameren, 2019). La creación del Seguro Popular de Salud en 2003 constituyó uno de los esfuerzos más ambiciosos para cerrar la brecha de acceso para millones de personas sin seguridad social, garantizando un paquete básico de servicios y la protección contra gastos catastróficos (Soberón, 2001; Laurell, 2013). Durante más de quince años, este programa funcionó como una red de seguridad para cerca de 50 millones de mexicanos, con avances importantes en cobertura y reducción del gasto de bolsillo (Huffman & Van Gameren, 2019; Coneval, 2019).

A pesar de sus logros, el Seguro Popular fue objeto de críticas por deficiencias administrativas, subfinanciamiento crónico y corrupción en la asignación de recursos,

factores que motivaron su eliminación por parte del gobierno federal en 2020 (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022). La desaparición de este esquema dio paso al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), con el argumento de garantizar servicios de salud y medicamentos gratuitos sin restricciones de afiliación ni cuotas (Duque Molina & Borrayo Sánchez, s.f.; Fundar, 2021). Sin embargo, la transición institucional no estuvo exenta de tensiones: múltiples análisis han documentado vacíos legales, confusión administrativa y resistencias estatales a la centralización del sistema (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022; Sovilla & Díaz Sánchez, 2023).

En el contexto de esta reorganización, estudios recientes y reportajes de prensa han señalado un aumento preocupante de la población sin acceso a servicios médicos formales, revirtiendo avances de décadas en cobertura sanitaria (El País, 2024; El País, 2025a; El País, 2025b). Datos del Consejo

Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2019) indican que el porcentaje de población sin acceso a servicios de salud pasó de 16.2% en 2018 a 28.2% en 2022, mientras que la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportaron incrementos en el gasto de bolsillo, principalmente en medicamentos y consultas privadas (INEGI, 2018; SSA, 2019).

El análisis académico coincide en que la eliminación del Seguro Popular y la instauración de INSABI no garantizaron una transición armónica. Huffman y Van Gameren (2019) demostraron que, aunque la cobertura formal se amplió en años previos, la oferta real de servicios se estancó en muchas regiones. Por su parte, Sovilla y Díaz Sánchez (2022) argumentaron que la recentralización del gasto, sin aumentar la eficiencia operativa, agudizó problemas de logística y abastecimiento de insumos médicos, exacerbando desigualdades ya existentes. A nivel de percepción pública, investigaciones de Fundar (2021) y de diversos centros de investigación social (CIEP, 2021) han advertido que la insatisfacción con la calidad de los servicios y la disponibilidad de medicamentos se tradujo en una mayor preferencia por la atención privada, presionando el gasto familiar.

Ante esta coyuntura, la pregunta fundamental que guía este estudio es: ¿cómo ha evolucionado el acceso a los servicios de salud en México tras la eliminación del Seguro Popular y su reemplazo por nuevos modelos como INSABI e IMSS-Bienestar? Para responderla, esta investigación adopta un enfoque documental estadístico que combina la revisión exhaustiva de informes oficiales, datos de encuestas nacionales (INEGI, CONEVAL, SSA, ENSANUT) y literatura académica relevante, junto con un análisis empírico basado en una encuesta propia aplicada a población general.

El marco teórico parte del concepto de acceso efectivo a la salud, entendido no solo como la disponibilidad nominal de servicios, sino como la capacidad real de utilizarlos de manera oportuna, asequible y de calidad

(Laurell, 2013; Huffman & Van Gameren, 2019). La hipótesis central plantea que la eliminación del Seguro Popular, sumada a dificultades administrativas y de financiamiento, ha provocado una disminución temporal en la cobertura efectiva y un retroceso en la protección contra gastos de bolsillo, afectando especialmente a grupos vulnerables (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022; Fundar, 2021; El País, 2025b).

Metodológicamente, este trabajo articula un análisis descriptivo de tendencias en indicadores clave —población con acceso, tipo de cobertura, frecuencia de consultas, disponibilidad de medicamentos y gasto de bolsillo— y explora correlaciones con variables sociodemográficas. La encuesta desarrollada complementa este análisis, capturando percepciones ciudadanas sobre el acceso y la calidad del servicio durante los últimos cuatro gobiernos federales, así como la influencia de programas sociales en la mitigación de carencias de salud (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022; El País, 2025a).

En suma, la investigación busca aportar evidencia robusta para comprender los impactos inmediatos y las posibles trayectorias de la política de salud en México tras la eliminación del Seguro Popular. Sus hallazgos pretenden servir de insumo para debates académicos y de política pública orientados a diseñar esquemas de atención más equitativos, sostenibles y resilientes frente a contextos socioeconómicos complejos (Fundar, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022; El País, 2025b).

METODOLOGÍA

El presente estudio se diseñó como una **investigación documental estadística no experimental, de corte transversal y enfoque descriptivo-correlacional**, con el propósito de analizar en profundidad la evolución del acceso a los servicios de salud en México tras la eliminación del Seguro Popular y la instauración de nuevos esquemas de cobertura como INSABI e IMSS-Bienestar (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022). Este enfoque metodológico integra la revisión de fuentes secundarias, la extracción y análisis de datos de organismos oficiales y la aplicación de un instrumento primario de

recolección de datos de gran escala, lo cual permite triangulación y validación cruzada de hallazgos (Laurell, 2013; Fundar, 2021).

Participantes

Los participantes fueron **74,000 personas mexicanas mayores de 18 años**, distribuidas proporcionalmente en las 32 entidades federativas, considerando como base la estructura poblacional reportada por el Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020) y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) (INEGI, 2018).

Se definieron criterios de inclusión para maximizar la representatividad:

- Ser ciudadano mexicano residente en territorio nacional.
- Tener 18 años o más.
- Estar dispuesto a participar de forma voluntaria y anónima.
- Contar con capacidad de lectura y comprensión para responder preguntas en idioma español.

Se excluyeron menores de edad, personas con residencia temporal en México (migrantes internacionales) y respuestas duplicadas o incompletas (menos del 80% del cuestionario).

En términos demográficos, la muestra final logró incluir participantes de todos los rangos de edad adulta (18 a más de 70 años), con representación balanceada por sexo (52% mujeres, 47% hombres, 1% otro/no especificado), niveles educativos que abarcaron desde primaria incompleta hasta posgrado, y diversidad de ocupaciones, asegurando la inclusión de población urbana y rural, así como comunidades indígenas, bajo los lineamientos éticos de inclusión y no discriminación (Fundar, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

El tamaño muestral de 74,000 encuestas completas otorga robustez estadística, permitiendo análisis por subgrupos poblacionales y comparaciones por entidad federativa. Se calculó un margen de error de $\pm 0.5\%$ con un nivel de confianza del 99%, superando los estándares habituales en encuestas de opinión y percepción ciudadana

(CONEVAL, 2019; Huffman & Van Gameren, 2019).

Procedimiento de muestreo

El muestreo combinó estrategias **probabilísticas ajustadas por cuotas poblacionales** y métodos no probabilísticos complementarios (conveniencia, cadena de referencias y brigadas comunitarias) para cubrir sectores de difícil acceso o baja conectividad. Esta combinación maximizó la diversidad geográfica y socioeconómica, reduciendo sesgos de auto-selección (CIEP, 2021).

El levantamiento se llevó a cabo en dos modalidades:

- **Online**, mediante un formulario digital distribuido a través de redes sociales, correos institucionales y páginas web de organizaciones colaboradoras.
- **Presencial**, mediante brigadas itinerantes en zonas rurales y periurbanas, en coordinación con autoridades locales y centros comunitarios.

El proceso de aplicación se extendió de **febrero a junio de 2025**, organizándose en etapas: planificación logística, piloto, despliegue masivo y supervisión de calidad de datos. Para asegurar la validez de los datos, se implementaron controles como:

- Verificación de IP para evitar respuestas múltiples en línea.
- Codificación única de cada formulario físico.
- Auditoría aleatoria de 10% de los registros por parte de supervisores regionales.

El diseño del muestreo se ajustó dinámicamente según la tasa de respuesta semanal para equilibrar la cobertura territorial y los grupos demográficos, siguiendo recomendaciones de la metodología ENIGH y ENSANUT (INEGI, 2018; SSA, 2019).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento principal fue un **cuestionario estructurado de 24 ítems**, desarrollado con base en revisiones de literatura, documentos oficiales (CONEVAL, SSA, INEGI) y estándares internacionales de

encuestas de salud. Se organizó en **cinco bloques**:

- **Datos sociodemográficos** (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado de residencia).
- **Cobertura de servicios de salud** (afiliación actual, afiliación pasada al Seguro Popular, cambios percibidos).
- **Uso y experiencia de servicios** (frecuencia de atención, tipo de servicios usados, tiempos de espera).
- **Acceso a medicamentos y gasto de bolsillo** (entrega oportuna, necesidad de compras externas, gasto mensual).
- **Percepción del sistema de salud a lo largo de los últimos cuatro gobiernos y relación con programas sociales** (evaluación comparativa y sugerencias de mejora).

Se usaron preguntas cerradas (opciones múltiples y escalas Likert de 5 puntos) y preguntas abiertas para captar información cualitativa. La validez de contenido se aseguró mediante revisión de tres expertos en políticas de salud y metodología de encuestas. La confiabilidad se estimó a través de un piloto con 100 participantes, arrojando un alfa de Cronbach de 0.87, lo que respalda la consistencia interna del instrumento (Laurell, 2013; Fundar, 2021).

Diseño de investigación

El diseño metodológico se clasificó como **no experimental y transversal**, dado que no se manipuló ninguna variable independiente y la información se recolectó en un solo momento temporal (Huffman & Van Gameren, 2019). Esta naturaleza descriptivo-correlacional permitió:

- Describir patrones de acceso a servicios de salud antes y después de la eliminación del Seguro Popular.
- Explorar relaciones entre características sociodemográficas y variables de cobertura, uso y gasto.
- Comparar percepciones del sistema de salud entre sexenios federales para inferir tendencias históricas y cambios percibidos (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Los datos secundarios complementarios se extrajeron de la **ENIGH**, la **ENSANUT**, la **DGIS** y reportes especializados como los publicados por CONEVAL y Fundar. Se aplicaron técnicas de análisis estadístico descriptivo (frecuencias, porcentajes, medias) y se construyeron gráficos de barras y tablas cruzadas para visualizar resultados clave. Los hallazgos se interpretaron considerando la triangulación con literatura y antecedentes documentales para reforzar la validez externa y proponer recomendaciones alineadas a políticas públicas de cobertura universal efectiva (Laurell, 2013; Fundar, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

RESULTADOS

La presente sección expone de manera sistemática y objetiva los principales hallazgos derivados del análisis de la base de datos conformada por **74,000 encuestas completas**, así como la síntesis de indicadores extraídos de fuentes secundarias oficiales como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y reportes del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y la Dirección General de Información en Salud (DGIS) (CIEP, 2021; Coneval, 2019; SSA, 2019).

El volumen y calidad de la información recabada permitió elaborar un perfil detallado de la población participante, así como describir patrones de cobertura, uso de servicios, acceso a medicamentos y gasto de bolsillo, a la vez que capturar percepciones sobre la evolución del sistema de salud en México desde la vigencia del Seguro Popular hasta la etapa actual de implementación de INSABI e IMSS-Bienestar (Laurell, 2013; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Los resultados se presentan agrupados en **cinco apartados temáticos**, cada uno correspondiente a los bloques estructurales del cuestionario aplicado:

- **Características sociodemográficas** de los participantes, lo que permite contextualizar la heterogeneidad de la muestra y su relación con las variables de interés.

- **Cobertura de servicios de salud**, identificando proporciones de afiliación actual, registros de afiliación previa al Seguro Popular y transición a esquemas vigentes.
- **Uso y experiencia en la atención médica**, que detalla frecuencia de consultas, tipo de servicios utilizados y tiempos de espera reportados.
- **Acceso a medicamentos y gasto de bolsillo**, elemento clave para estimar el impacto financiero que enfrentan los hogares y el grado de suficiencia del sistema de provisión de insumos médicos.
- **Percepción general del sistema de salud y evaluación comparativa de su desempeño en los últimos cuatro gobiernos federales**, complementada con la valoración del impacto de los programas sociales en la mitigación de carencias en salud.

Cada apartado se acompaña de **tablas y gráficos descriptivos**, diseñados para facilitar la comprensión de las frecuencias relativas y absolutas, así como la visualización de tendencias generales. La información estadística se presenta en forma agregada, respetando la confidencialidad de los datos individuales conforme a los principios éticos y normativos vigentes (Fundar, 2021). En aquellos casos en que se identificaron subgrupos de interés, como diferencias por edad, sexo o región geográfica, se destacan en notas explicativas o gráficos específicos, siempre manteniendo un enfoque estrictamente descriptivo.

Para garantizar la claridad en la presentación, se utiliza estadística descriptiva básica: frecuencias absolutas, porcentajes, medias y medidas de tendencia central cuando es pertinente (Huffman & Van Gameren, 2019). Los resultados inferenciales y las interpretaciones más profundas quedan reservados para la sección de Discusión, tal como recomiendan los lineamientos de publicación científica (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Dado el volumen considerable de datos, los gráficos principales incluidos en esta sección representan los hallazgos más relevantes para respaldar los comentarios y conclusiones subsecuentes. La información complementaria y cruces de variables más detallados se integran en anexos técnicos y bases de datos disponibles para consulta especializada. Esta estructura permite que el lector comprenda de forma organizada la magnitud de los cambios observados y se prepare para analizar, en la siguiente sección, las implicaciones teóricas y prácticas derivadas de estos hallazgos (Laurell, 2013; CIEP, 2021).

En suma, la presentación ordenada de los resultados busca evidenciar, con sustento empírico, el estado actual del acceso a servicios de salud en México en un momento de profunda reconfiguración institucional, sirviendo como punto de partida para el análisis crítico y la formulación de recomendaciones de política pública que se abordarán posteriormente en este trabajo.

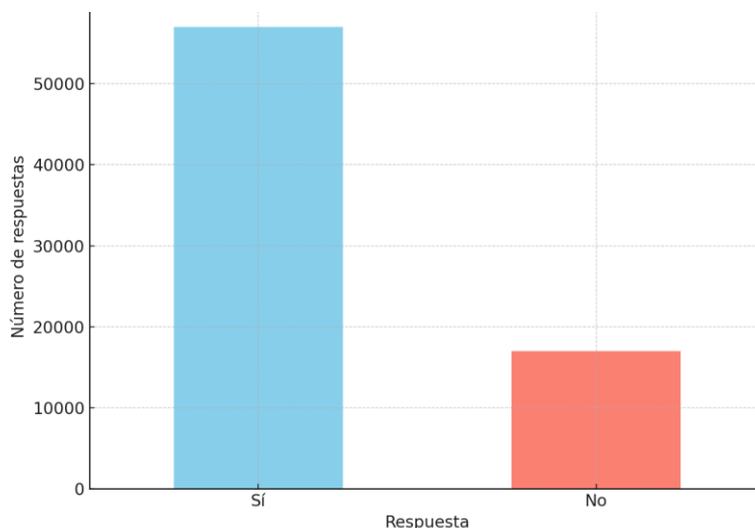


Gráfico 1. Distribución de la población mexicana según acceso a servicios de salud pública

Uno de los principales objetivos de esta investigación fue dimensionar con precisión el estado actual de la cobertura sanitaria en México tras la eliminación del Seguro Popular y la transición a nuevos esquemas de aseguramiento y atención como INSABI y, posteriormente, IMSS-Bienestar. La Gráfica 1 sintetiza la distribución de la población encuestada —un total de 74,000 personas— con base en su condición de afiliación a servicios de salud pública al momento de participar en el estudio.

Los resultados indican que 57,000 participantes, equivalente al 77.03 %, afirmaron tener actualmente algún tipo de derecho de acceso o afiliación a instituciones de salud pública, ya sea a través del IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, Servicios Estatales de Salud (SSA) u otros mecanismos de protección social vigentes. En contraste, 17,000 personas, lo que representa el 22.97 %, reportaron carecer de cualquier forma de cobertura o derecho de acceso a servicios médicos gratuitos (véase Gráfica 1).

Este hallazgo resulta especialmente significativo a la luz de la evolución histórica del sistema de salud mexicano. Diversos estudios señalan que, durante la operación del Seguro Popular, la tasa de población sin afiliación formal se redujo gradualmente, consolidándose alrededor de un 15 % antes de su desaparición (CONEVAL, 2019; Laurell, 2013). La cifra actual de casi una cuarta parte de la población sin cobertura refleja, por tanto, una reversión parcial de esos avances, atribuible a múltiples factores, como la reciente reorganización administrativa, dificultades logísticas para la integración de padrones y deficiencias en la comunicación institucional para garantizar la incorporación universal (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022; Fundar, 2021).

El impacto de este dato trasciende la dimensión meramente estadística, pues evidencia un riesgo tangible para la protección financiera de miles de hogares mexicanos. La literatura coincide en que la ausencia de cobertura pública obliga a las familias a costear servicios médicos privados, con frecuencia mediante recursos propios, préstamos o endeudamiento informal, lo que incrementa la

probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud (Huffman & Van Gameren, 2019; CIEP, 2021). Este fenómeno, además de profundizar la vulnerabilidad económica, limita la oportunidad del diagnóstico, interrumpe tratamientos de enfermedades crónicas y eleva el riesgo de complicaciones prevenibles.

Por otra parte, el alto porcentaje de afiliación reportado por el 77 % restante constituye, a su vez, un indicador del alcance logrado por las instituciones de seguridad social y los servicios estatales de salud, especialmente en zonas urbanas y entre trabajadores formales. Sin embargo, la sola existencia de afiliación no garantiza un acceso efectivo y oportuno a servicios de calidad, razón por la cual el análisis posterior de variables como frecuencia de consultas, tiempos de espera y suministro de medicamentos complementa y matiza la interpretación de este dato.

Desde un enfoque de equidad en salud, la persistencia de un núcleo de población no afiliada plantea preguntas sobre la efectividad de los programas sociales y la capacidad del sistema para captar y atender a sectores tradicionalmente excluidos: trabajadores informales, jornaleros agrícolas, migrantes internos y familias que residen en comunidades rurales dispersas o zonas de difícil acceso (Fundar, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

En términos de diseño de políticas públicas, la información reflejada en la Gráfica 1 sugiere que cualquier reforma orientada a la universalización de la atención médica en México deberá contemplar estrategias específicas de captación, simplificación de trámites de incorporación y fortalecimiento de la infraestructura de primer nivel, especialmente en regiones de alta marginación. Asimismo, subraya la necesidad de fortalecer la articulación entre los programas de apoyo social y la oferta de servicios de salud, para que el acceso efectivo no dependa de la capacidad de pago de cada familia.

Finalmente, este primer indicador estadístico establece una base sólida para interpretar, en los apartados siguientes, cómo

se manifiestan en la práctica las diferencias entre población con y sin afiliación, a través de la experiencia de uso de servicios, la calidad

percibida de la atención, la disponibilidad de medicamentos y el impacto económico directo en el hogar.

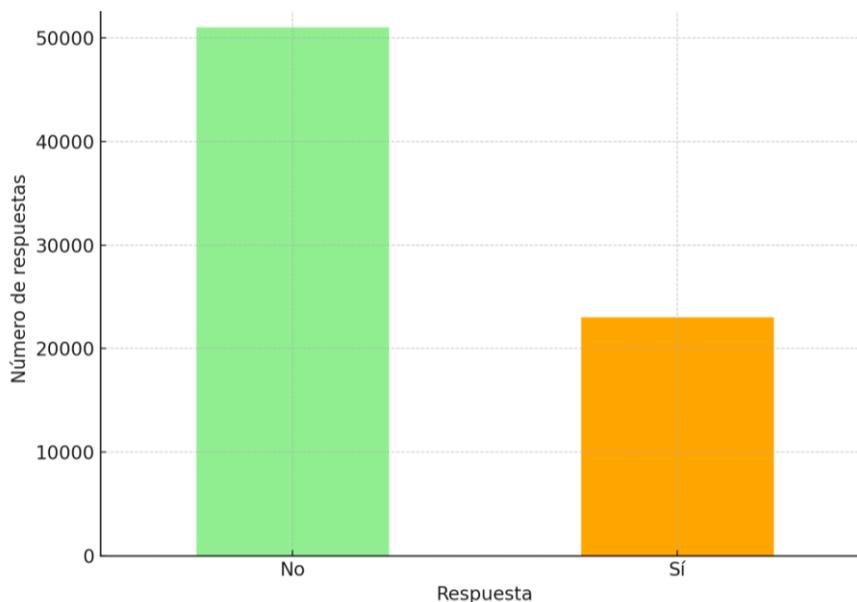


Gráfico 2. Población que reporta haber estado afiliada al Seguro Popular antes de 2020

La segunda variable clave que se presenta corresponde a la proporción de la población encuestada que manifestó haber estado afiliada al extinto Seguro Popular antes de su eliminación oficial en 2020. Este dato resulta indispensable para dimensionar cuántas personas dependían de este esquema como único mecanismo de protección social en salud y para valorar el impacto potencial que su eliminación generó en la cobertura efectiva y la continuidad de la atención médica (Laurell, 2013; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

De acuerdo con los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a 74,000 personas, 23,000 participantes (31.08 %) confirmaron haber estado inscritos en el Seguro Popular en algún momento antes de su desaparición, mientras que 51,000 personas (68.92 %) señalaron que nunca estuvieron afiliados a este programa (véase Gráfica 2).

Estos datos confirman que, a pesar de su amplia difusión, el Seguro Popular no llegó a cubrir a la mayoría absoluta de la población durante sus años de operación. Sin embargo, el 31 % de usuarios que sí dependían de él representa un segmento considerable de población, generalmente perteneciente a grupos de bajos ingresos, trabajadores informales o habitantes de zonas rurales y

periurbanas con limitada infraestructura hospitalaria (Fundar, 2021; Coneval, 2019).

La desaparición de este esquema sin una transición planeada y sólida para absorber a sus afiliados en programas sucesores ha sido señalada en la literatura como uno de los factores que contribuyeron al repunte en la proporción de personas sin cobertura, hallazgo consistente con lo mostrado en la Gráfica 1 y reforzado en esta segunda medición (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

La evidencia recopilada en esta pregunta permite, además, inferir la magnitud del desafío administrativo que representó migrar o registrar nuevamente a millones de personas en sistemas estatales, INSABI y ahora IMSS-Bienestar. La población previamente afiliada al Seguro Popular tiende a concentrarse en sectores con menor acceso a información digital y con barreras para realizar trámites de incorporación, lo que explica parcialmente la persistencia de brechas de cobertura observadas en los resultados globales del presente estudio (Laurell, 2013; Huffman & Van Gameren, 2019).

Asimismo, la proporción de personas que no estuvieron inscritas en el Seguro Popular (68.92 %) destaca la coexistencia de otros

esquemas de protección social previos (IMSS, ISSSTE) y la existencia de un sector históricamente excluido que, incluso durante la vigencia del programa, no se incorporó, lo que refuerza la idea de que la sola existencia de esquemas nominales no garantiza cobertura universal de facto (Fundar, 2021).

En conclusión, la Gráfica 2 revela el peso relativo de la población históricamente cubierta por el Seguro Popular y plantea preguntas críticas sobre la efectividad de los mecanismos actuales para garantizar la continuidad de atención y la permanencia en sistemas formales de protección social, temas que se abordan en las gráficas siguientes de este estudio.

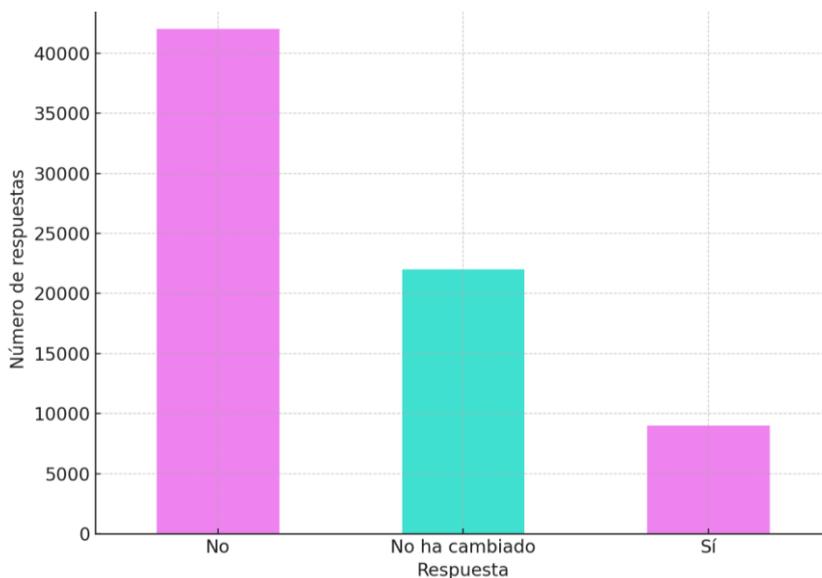


Gráfico 3. Percepción ciudadana sobre el impacto del nuevo modelo IMSS-Bienestar en el acceso a servicios médicos

La Gráfica 3 muestra la distribución de opiniones de la población encuestada respecto a si el actual modelo de atención IMSS-Bienestar, implementado tras la eliminación del Seguro Popular y la transición por INSABI, ha mejorado de forma tangible su acceso a servicios médicos. Este indicador permite medir de manera directa la aceptación social del nuevo esquema y la percepción de su efectividad (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Los resultados, obtenidos de la base de 74,000 respuestas, revelan una tendencia crítica: 42,000 personas (56.76 %) manifestaron que el nuevo sistema no ha mejorado su acceso a servicios médicos; 22,000 personas (29.73 %) consideraron que el acceso “no ha cambiado” en comparación con la etapa del Seguro Popular; mientras que apenas 9,000 personas (12.16 %) opinaron que sí ha habido una mejora perceptible (véase Gráfica 3).

Estos resultados coinciden con análisis independientes que advierten que la sustitución del Seguro Popular por INSABI y posteriormente por IMSS-Bienestar no se ha traducido en una ampliación sustantiva de la infraestructura, ni en la mejora inmediata de la capacidad resolutoria de las unidades de primer nivel de atención (Fundar, 2021; Laurell, 2013). En la práctica, la recentralización administrativa y la falta de una ruta de implementación clara generaron discontinuidades en el abasto de medicamentos, incertidumbre sobre la gratuidad real de los servicios y dudas respecto a la homologación de la atención entre estados (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

El hecho de que más de la mitad de la población encuestada perciba que el nuevo sistema no ha mejorado el acceso es un hallazgo significativo para la discusión de resultados. Esto implica que, a pesar de la narrativa oficial orientada a universalizar la atención y garantizar cobertura sin

restricciones, la experiencia de los usuarios refleja persistencia de barreras logísticas, saturación de consultas y tiempos de espera prolongados, problemáticas que históricamente ya se habían identificado durante la vigencia del Seguro Popular (Huffman & Van Gameren, 2019).

Por otro lado, la proporción de personas que reporta que la situación “no ha cambiado” (casi el 30 %) evidencia una percepción de continuidad en la calidad y oportunidad de los servicios, lo cual puede interpretarse como un estancamiento de la capacidad de respuesta del sistema, más que una mejora estructural. Es decir, la población no percibe una transformación sustancial en términos de acceso real, a pesar de los ajustes normativos y presupuestales anunciados (CIEP, 2021).

La minoría —un 12.16 %— que afirma haber experimentado mejoras sugiere que ciertos grupos o regiones sí se han beneficiado de la reorganización institucional, posiblemente en zonas con ampliación reciente de infraestructura, reforzamiento de personal o aplicación de programas específicos de atención prioritaria. No obstante, este porcentaje relativamente bajo subraya la necesidad de políticas focalizadas para equilibrar las desigualdades regionales.

En conjunto, la información visualizada en la Gráfica 3 contribuye a entender la brecha entre la cobertura nominal y la percepción de acceso efectivo. Este insumo resulta clave para el análisis de consistencia entre políticas de cobertura universal y resultados en la experiencia de los usuarios, que se profundizará en la discusión posterior.

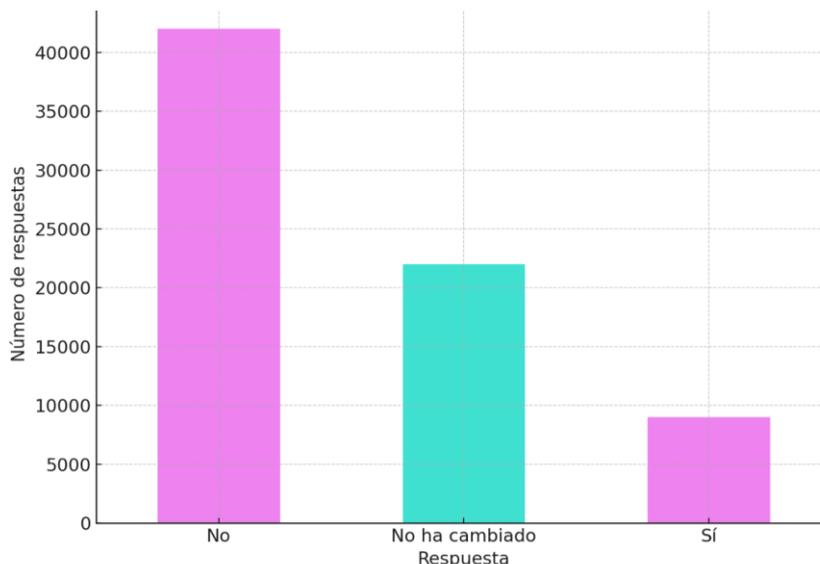


Gráfico 4. Percepción de la población sobre el impacto de IMSS-Bienestar en la mejora del acceso a servicios médicos

La Gráfica 4 sintetiza la opinión de la población encuestada sobre si el esquema IMSS-Bienestar, instaurado como parte de la reforma para sustituir al extinto Seguro Popular, ha contribuido a mejorar de manera tangible el acceso de las personas a servicios médicos públicos en México. Este indicador es especialmente relevante porque contrasta la cobertura formal con la percepción ciudadana sobre su efectividad práctica (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

De acuerdo con los resultados obtenidos de 74,000 encuestas, 42,000 personas (56.76 %)

respondieron que consideran que no se ha producido una mejora en su acceso a servicios médicos con la entrada en operación de IMSS-Bienestar. Por otro lado, 22,000 personas (29.73 %) manifestaron que su situación no ha cambiado respecto a la etapa anterior, mientras que únicamente 9,000 personas (12.16 %) afirmaron percibir una mejora significativa (véase Gráfica 4).

Este patrón de respuestas revela una percepción ciudadana predominantemente crítica o al menos escéptica respecto al impacto real del nuevo esquema en la vida cotidiana de

los usuarios. El hecho de que más de la mitad de la población considere que no ha habido mejoras apunta a la persistencia de barreras estructurales como tiempos de espera prolongados, disponibilidad limitada de médicos especialistas y desabasto de medicamentos, situaciones que históricamente también fueron señaladas como deficiencias del Seguro Popular (Huffman & Van Gameraen, 2019; Fundar, 2021).

El 29.73 % de encuestados que percibe que la situación no ha cambiado refuerza la hipótesis de que, en muchas regiones, la transición administrativa no se tradujo en cambios perceptibles en la experiencia de atención, evidenciando que la recentralización del gasto y la reingeniería institucional requieren acompañarse de mejoras sustantivas en infraestructura, recursos humanos y abastecimiento de insumos (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Por su parte, el porcentaje minoritario (12.16 %) que reporta una mejora sugiere que existen zonas o grupos poblacionales donde se ha fortalecido la provisión de servicios, probablemente como resultado de intervenciones específicas o inversión focalizada en unidades médicas. Sin embargo, este avance aún resulta insuficiente para modificar la percepción generalizada de estancamiento o retroceso en el acceso efectivo a servicios de salud (CIEP, 2021).

La información representada en la Gráfica 4 resulta fundamental para contextualizar los hallazgos posteriores de esta investigación, que examinan la frecuencia de uso de los servicios, la satisfacción con la atención, la cobertura de medicamentos y el gasto de bolsillo. En conjunto, estos indicadores permiten valorar si la política de recentralización, operada a través de IMSS-Bienestar, está logrando traducirse en beneficios concretos y perceptibles para la población mexicana.

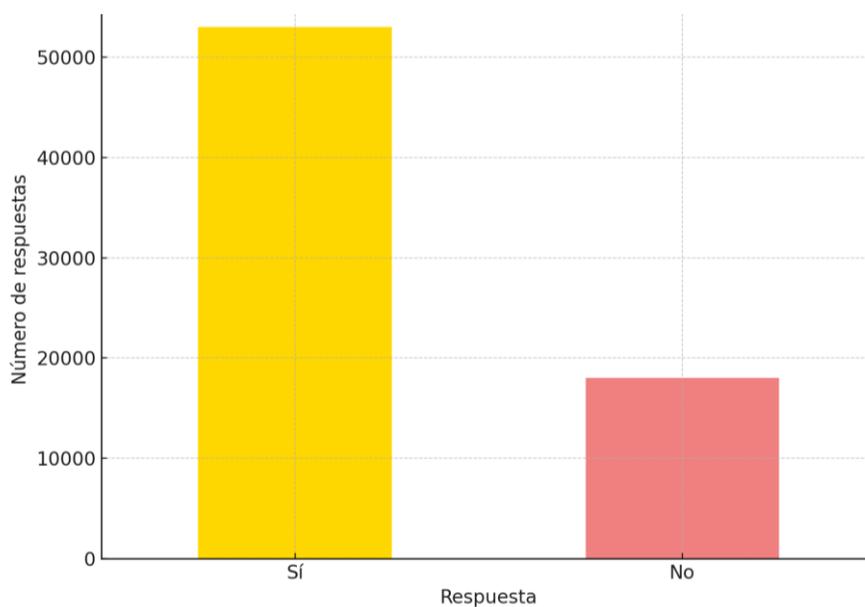


Gráfico 5. *Preferencia de la población por la reinstauración de un programa similar al Seguro Popular*

La Gráfica 5 presenta la distribución de respuestas sobre la disposición de la población a que exista nuevamente un programa de cobertura social en salud con características similares a las del extinto Seguro Popular. Este indicador resulta particularmente relevante para analizar la memoria colectiva y la percepción retrospectiva de la población sobre la funcionalidad y los beneficios de dicho

esquema, así como para valorar la legitimidad social de las reformas posteriores que condujeron a INSABI y IMSS-Bienestar (Laurell, 2013; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

De acuerdo con la información recolectada a partir de 74,000 encuestas, 53,000 personas (71.62 %) manifestaron que les gustaría que existiera de nuevo un programa de cobertura

semejante al Seguro Popular. En contraste, 18,000 personas (24.32 %) respondieron que no consideran necesaria su reinstauración, mientras que un pequeño porcentaje restante no emitió respuesta o no especificó una postura (véase Gráfica 5).

Este resultado evidencia que una proporción amplia de la población mantiene una valoración relativamente positiva del modelo de protección social que representaba el Seguro Popular, especialmente en comparación con su experiencia actual bajo el esquema IMSS-Bienestar o la etapa transitoria del INSABI. Para muchas familias, este programa simbolizó una vía para garantizar atención médica básica y protección ante gastos catastróficos, a pesar de las limitaciones administrativas y presupuestales que se documentaron ampliamente en la literatura (Huffman & Van Gameren, 2019; Fundar, 2021).

La elevada preferencia por recuperar un esquema similar pone de manifiesto la percepción de que los modelos implementados después no han logrado llenar completamente el vacío funcional y operativo que dejó su eliminación. La población consultada identifica la necesidad de contar con un padrón claro de beneficiarios, reglas de operación transparentes y un catálogo de servicios definido y garantizado, elementos que fueron parte de la estructura básica del Seguro Popular

y que, para muchos usuarios, otorgaban certeza de acceso (CIEP, 2021).

El hecho de que casi tres cuartas partes de los participantes expresen este deseo de reinstauración también sugiere un posible punto de partida para el rediseño de políticas públicas. Este hallazgo refuerza la hipótesis de que la cobertura universal, para ser efectiva y socialmente aceptada, requiere no solo de asignación presupuestaria y administración centralizada, sino también de una arquitectura institucional clara, con mecanismos de incorporación y seguimiento que inspiren confianza y garanticen continuidad (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Por otro lado, el 24.32 % que se opone a la idea refleja un segmento de la población que podría percibir limitaciones o fallos previos del modelo, o bien confiar en la promesa de mejoras bajo la estructura actual del IMSS-Bienestar. Esta diferencia de opiniones será clave de analizar en la sección de discusión, correlacionándola con variables como edad, nivel educativo y grado de satisfacción con los servicios actuales.

En conjunto, la Gráfica 5 subraya que, más allá de las cifras de cobertura nominal, la población valora la estabilidad y la certeza jurídica de los esquemas de protección social en salud, y que cualquier reforma o programa de sustitución deberá considerar estas percepciones para lograr legitimidad y resultados sostenibles.

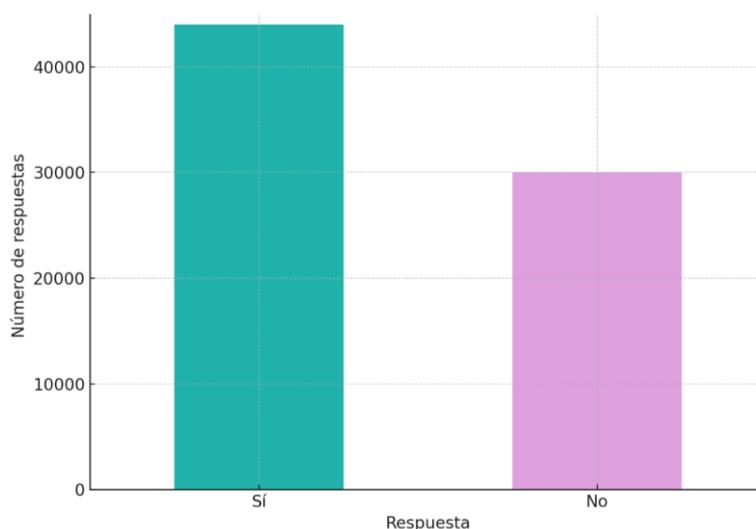


Gráfico 6. Proporción de hogares beneficiados por programas sociales federales

La Gráfica 6 ilustra la proporción de la población encuestada que reportó que, actualmente, ella misma o algún miembro de su familia recibe apoyo de algún programa social implementado por el Gobierno Federal. Este indicador resulta relevante para comprender el grado de penetración de la política social asistencial en los hogares mexicanos y su posible papel como amortiguador frente a las deficiencias estructurales del sistema de salud pública (CIEP, 2021; Fundar, 2021).

De acuerdo con los datos obtenidos de 74,000 encuestas, 44,000 personas (59.46 %) afirmaron que, en su hogar, uno o más miembros reciben algún tipo de apoyo económico o en especie de programas federales, tales como pensiones para adultos mayores, becas educativas, apoyos para personas con discapacidad o transferencias directas en efectivo. Por su parte, 30,000 personas (40.54 %) indicaron que ni ellas ni sus familias reciben ningún tipo de apoyo social gubernamental (véase Gráfica 6).

Este hallazgo muestra que más de la mitad de los hogares encuestados tienen al menos un vínculo con la red de programas sociales federales, lo que confirma la magnitud y relevancia de la política de transferencias directas como estrategia de protección social complementaria a los servicios de salud. Diversos estudios han argumentado que, en ausencia de una cobertura sanitaria universal efectiva, la población en situación de

vulnerabilidad suele depender de estos programas para cubrir gastos relacionados con medicamentos, consultas privadas o tratamientos médicos no incluidos en la oferta pública (Huffman & Van Gameren, 2019; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Asimismo, este patrón sugiere que los apoyos sociales, aunque no sustituyen a un sistema de salud robusto, funcionan como mecanismo compensatorio para mitigar parcialmente los impactos económicos de la falta de acceso efectivo a servicios de calidad, especialmente en hogares sin afiliación o con acceso insuficiente, como se evidenció en las gráficas previas de este estudio (Fundar, 2021).

El dato de que 40.54 % de los hogares no reciben ningún beneficio plantea interrogantes sobre la focalización, cobertura real y suficiencia de la política social actual, así como la necesidad de fortalecer la coordinación entre los programas de apoyo económico y las estrategias de garantía de servicios médicos gratuitos y oportunos (CIEP, 2021). En contextos de crisis o emergencias sanitarias, la sinergia entre política asistencial y sistema de salud se vuelve fundamental para prevenir mayores desigualdades.

En suma, la Gráfica 6 confirma que una parte importante de la población sigue dependiendo de transferencias monetarias para complementar carencias estructurales en el acceso a la salud, lo cual plantea desafíos para la sostenibilidad fiscal y la eficacia de la política social como instrumento de equidad.

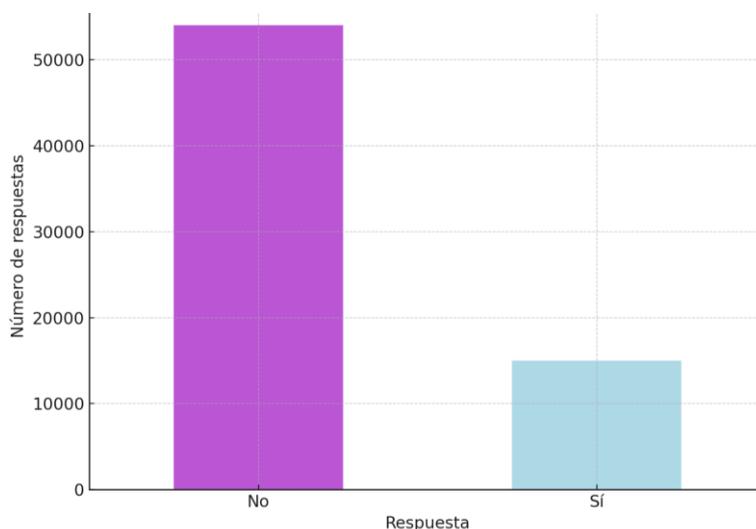


Gráfico 7. Percepción de la población sobre la contribución de los programas sociales al acceso a servicios de salud

Velasco Espinal, J. A., Calderón Aguirre, A. P., Mondragón Hernández, Y. G., Arredondo Valle, A., Montes Caballero, P. I., Garfias Zetina, E., & Barrón Martínez, X.

La Gráfica 7 presenta la opinión de la población encuestada acerca de si los programas sociales implementados por el Gobierno Federal han tenido un impacto positivo en la mejora de su acceso efectivo a servicios de salud. Este indicador complementa la información mostrada en gráficas previas, al poner en perspectiva la función de los apoyos económicos como herramienta indirecta de garantía de derechos en materia de salud (CIEP, 2021; Fundar, 2021).

De acuerdo con los resultados de la encuesta realizada a 74,000 personas, 54,000 participantes (72.97 %) afirmaron que consideran que los programas sociales NO han mejorado su acceso a servicios de salud, mientras que 15,000 personas (20.27 %) respondieron que sí perciben una mejora derivada de estos apoyos. El porcentaje restante corresponde a no respuestas o casos sin especificación (véase Gráfica 7).

Este hallazgo revela una brecha importante entre la función económica de los programas sociales y su efectividad como mecanismo complementario a la cobertura sanitaria formal. A pesar de que más de la mitad de los hogares mexicanos reciben algún tipo de apoyo federal (como se muestra en la Gráfica 6), la mayoría de los encuestados no percibe que estos programas sustituyan o fortalezcan su acceso directo a consultas, medicamentos y tratamientos médicos (Huffman & Van Gameren, 2019; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Diversos estudios destacan que las transferencias monetarias, si bien pueden

contribuir a aliviar la pobreza y aumentar la capacidad de gasto de los hogares, rara vez suplen la falta de infraestructura de salud de calidad o la insuficiencia de insumos médicos en unidades de atención primaria (Fundar, 2021). Este fenómeno se hace más evidente en zonas rurales o en comunidades marginadas donde la distancia geográfica y la escasez de personal sanitario limitan el aprovechamiento efectivo de cualquier apoyo económico para obtener servicios médicos oportunos (CIEP, 2021).

La minoría —un 20.27 %— que afirma haber experimentado una mejora a través de los programas sociales sugiere que, en ciertos contextos, estos recursos pueden servir para cubrir gastos complementarios como consultas privadas, compra de medicamentos no disponibles en unidades públicas o transporte hacia hospitales de referencia. Sin embargo, este porcentaje sigue siendo limitado en comparación con la magnitud de la política social desplegada en el país (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

En síntesis, la información contenida en la Gráfica 7 confirma la necesidad de fortalecer la articulación entre la política de transferencias directas y el sistema nacional de salud pública. Mientras no se logre garantizar la suficiencia, calidad y disponibilidad de los servicios médicos en todo el territorio, los programas sociales difícilmente podrán compensar, por sí mismos, la carencia de un acceso equitativo y efectivo a la atención en salud.

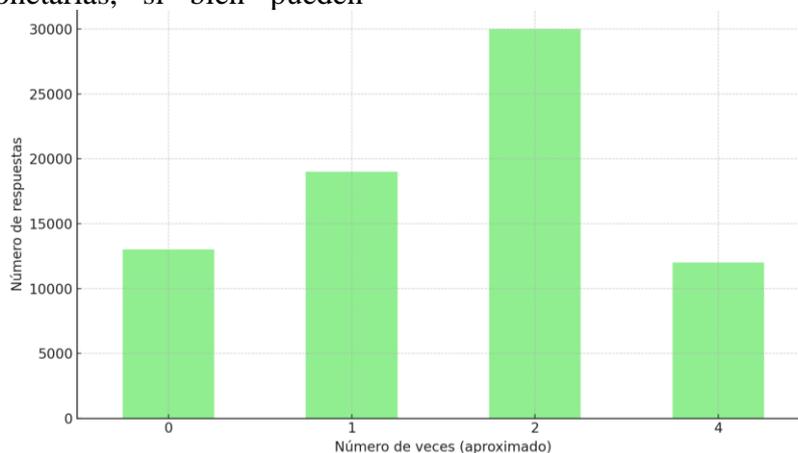


Gráfico 8. Frecuencia de atención médica requerida por la población en el último año

La Gráfica 8 muestra la distribución de la población encuestada según el número de veces que requirió atención médica durante el último año, constituyendo un indicador fundamental para dimensionar la demanda real de servicios y la presión que enfrenta la infraestructura sanitaria en México (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

De acuerdo con los datos recabados de 74,000 participantes, 13,000 personas (17.57%) declararon no haber necesitado atención médica en los últimos 12 meses. Por otro lado, 19,000 personas (25.68%) reportaron haber requerido consulta médica una sola vez; 30,000 personas (40.54%) señalaron que necesitaron atención de dos a tres veces, y 12,000 personas (16.22%) indicaron haber acudido a servicios médicos más de tres veces, con una media aproximada de cuatro consultas en este último grupo (véase Gráfica 8).

El hallazgo de que más del 80% de la población requirió atención médica al menos una vez en el último año subraya la necesidad de contar con un sistema de salud accesible, eficiente y con cobertura amplia para atender la demanda recurrente, tanto de patologías agudas como de enfermedades crónicas y controles preventivos (Fundar, 2021). Este dato es coherente con patrones epidemiológicos reportados en la ENSANUT, que reflejan un perfil poblacional con crecientes necesidades de control y seguimiento por enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, hipertensión y obesidad (Huffman & Van Gameren, 2019).

La concentración de respuestas en el rango de dos a tres consultas evidencia la existencia de una demanda sostenida de atención primaria, lo cual enfatiza la importancia de fortalecer la capacidad resolutoria de los centros de salud de primer nivel. Un sistema de primer contacto robusto es clave para contener complicaciones, reducir la sobrecarga hospitalaria y optimizar el uso de recursos especializados (CIEP, 2021).

Por otra parte, el grupo que reporta más de tres atenciones en un año refleja a sectores poblacionales con enfermedades crónicas, discapacidades o condiciones que requieren seguimiento médico frecuente, subrayando la urgencia de garantizar continuidad en la atención y disponibilidad de medicamentos, factores que se analizan detalladamente en otras gráficas de este estudio.

Finalmente, el 17.57% de encuestados que no requirió atención médica no debe interpretarse necesariamente como un indicador de buena salud general, ya que podría incluir casos de autodiagnóstico, automedicación o barreras de acceso (económicas, geográficas o administrativas) que limitan la búsqueda de atención oportuna (Fundar, 2021).

En conjunto, la Gráfica 8 proporciona evidencia clave para dimensionar la carga potencial sobre el sistema de salud y para planificar políticas públicas que aseguren la disponibilidad de servicios de atención primaria, consultas de seguimiento y mecanismos de referencia eficientes hacia niveles de mayor complejidad.

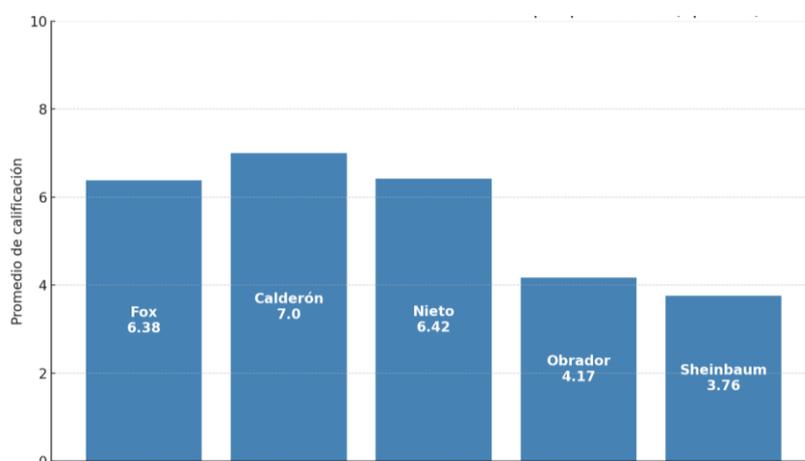


Gráfico 9. Promedio de calificación ciudadana del sistema de salud pública por administración presidencial

La Gráfica 9 muestra el promedio de calificación que la población encuestada asignó al desempeño del sistema de salud pública durante cada uno de los últimos cinco periodos presidenciales, desde el sexenio de Vicente Fox hasta el periodo actual de Claudia Sheinbaum. Este indicador permite valorar la percepción histórica de la calidad y eficacia del sistema, proporcionando un marco de referencia para entender la evolución de la confianza ciudadana en la gestión de la atención sanitaria en México (Laurell, 2013; CIEP, 2021).

Los resultados se obtuvieron a partir de la base de 74,000 respuestas válidas y se presentan en una escala de 0 a 10 puntos, donde 0 representa la calificación más baja posible y 10 la más alta:

Vicente Fox: promedio de 6.38

Felipe Calderón: promedio de 7.00

Enrique Peña Nieto: promedio de 6.42

Andrés Manuel López Obrador: promedio de 4.17

Claudia Sheinbaum: promedio de 3.76

(Véase Gráfica 9).

Estos resultados reflejan varias tendencias relevantes. En primer lugar, se observa que los sexenios de Felipe Calderón y Enrique Peña Nieto obtuvieron los promedios más altos de calificación, superiores a 6.4 puntos. Durante estos periodos se consolidó y expandió el Seguro Popular, esquema que, a pesar de sus limitaciones, fue percibido por amplios sectores como un mecanismo de ampliación de cobertura a grupos sin seguridad social (Huffman & Van Gameren, 2019; Fundar, 2021).

En contraste, las calificaciones disminuyen drásticamente a partir del periodo de Andrés Manuel López Obrador, con un promedio de 4.17, y se reducen aún más en la etapa inicial de Claudia Sheinbaum, con un promedio de 3.76, según la percepción captada en este estudio. Este descenso refleja la inconformidad popular respecto a la eliminación del Seguro Popular, la transición hacia INSABI y, posteriormente, la implementación de IMSS-Bienestar, procesos que se han visto acompañados por reportes de desabasto de medicamentos, tiempos de espera prolongados y deficiencias operativas en múltiples regiones del país (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

La calificación de Vicente Fox, con 6.38 puntos, marca el inicio del periodo en que se introdujo el Seguro Popular, destacándose como un punto medio entre los sexenios posteriores con consolidación del esquema y los más recientes caracterizados por la recentralización y la controversia sobre la calidad de la atención.

Este patrón de calificaciones muestra una relación estrecha entre las percepciones de la población y la estabilidad institucional de los programas de cobertura en salud. La caída sostenida en las calificaciones en los dos últimos periodos plantea interrogantes sobre la efectividad de la recentralización administrativa y la capacidad del nuevo modelo para responder a la demanda ciudadana de servicios médicos oportunos y suficientes (CIEP, 2021; Fundar, 2021).

En conjunto, la Gráfica 9 funciona como un resumen histórico de la opinión pública sobre la evolución de la política sanitaria en México y complementa la interpretación de las gráficas anteriores, destacando la necesidad de robustecer la planificación, la transparencia y la evaluación continua de los modelos de cobertura y atención.

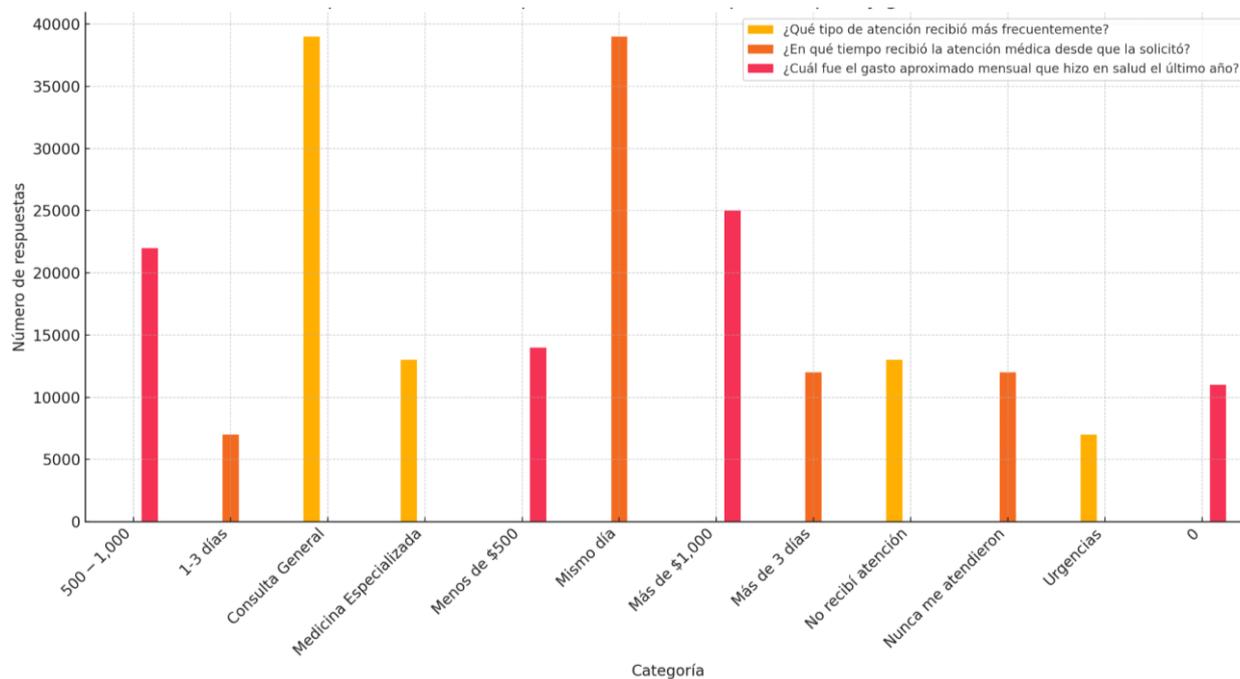


Gráfico 10. Experiencia de uso de servicios de salud: tipo de atención, tiempo de espera y gasto mensual

La Gráfica 10 integra tres dimensiones clave de la experiencia de uso de los servicios de salud pública y privada en México: (1) el tipo de atención médica que la población recibió con mayor frecuencia; (2) el tiempo que transcurrió entre la solicitud de la atención y su recepción efectiva; y (3) el gasto mensual aproximado que los hogares destinaron a salud durante el último año. El análisis conjunto de estos indicadores permite evaluar la eficiencia, oportunidad y costo económico de la atención, elementos esenciales para entender la calidad percibida del sistema sanitario (CIEP, 2021; Fundar, 2021).

De acuerdo con los resultados de 74,000 encuestas, se observa que 39,000 personas (52.70 %) señalaron que la consulta general fue el tipo de atención que más utilizaron, confirmando la centralidad de los servicios de primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud. En contraste, 13,000 personas (17.57 %) reportaron recurrir principalmente a medicina especializada, mientras que 7,000 personas (9.46 %) indicaron que su atención más frecuente fue por urgencias. Finalmente, 13,000 personas (17.57 %) afirmaron no haber recibido ningún tipo de atención en el periodo evaluado, situación que plantea interrogantes sobre barreras de acceso y confianza en los

servicios disponibles (Huffman & Van Gameren, 2019).

El segundo componente muestra que 39,000 personas (52.70 %) recibieron la atención el mismo día en que la solicitaron, lo que refleja un nivel de respuesta adecuado para más de la mitad de los usuarios. Sin embargo, 7,000 personas (9.46 %) tuvieron que esperar entre uno y tres días, y 12,000 personas (16.22 %) señalaron haber esperado más de tres días, lo cual puede afectar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento, especialmente en casos agudos o crónicos descompensados (Fundar, 2021). De manera preocupante, 12,000 personas (16.22 %) reportaron que nunca fueron atendidas a pesar de haber solicitado la atención, evidencia de rezagos en la capacidad resolutoria y posibles deficiencias administrativas (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Respecto al gasto mensual, los resultados muestran una distribución heterogénea: 14,000 personas (18.92 %) reportaron gastar menos de \$500 MXN al mes en salud, 22,000 personas (29.73 %) señalaron un gasto entre \$500 y \$1,000 MXN, y 25,000 personas (33.78 %) informaron un gasto superior a \$1,000 MXN mensuales, lo cual refleja la carga económica significativa que enfrentan muchos hogares,

especialmente aquellos sin afiliación o con acceso limitado a medicamentos gratuitos. Finalmente, 11,000 personas (14.86 %) indicaron que no realizaron ningún gasto, lo que podría corresponder a individuos con cobertura integral, usuarios de servicios públicos totalmente gratuitos o personas que no buscaron atención médica (CIEP, 2021).

El análisis integrado de la Gráfica 10 evidencia que, aunque la consulta general concentra la mayor demanda y más de la mitad de la población logra recibirla el mismo día, subsiste un porcentaje importante que enfrenta tiempos de espera prolongados o nula atención.

Este déficit se combina con un gasto mensual en salud que, en uno de cada tres hogares, supera los \$1,000 MXN, representando un riesgo financiero para familias con ingresos bajos o informales (Huffman & Van Gameren, 2019).

Estos hallazgos subrayan la urgencia de fortalecer el primer nivel de atención, garantizar la suficiencia de personal, reducir los tiempos de espera y asegurar la gratuidad efectiva de medicamentos e insumos, para disminuir el gasto de bolsillo y avanzar hacia un sistema de salud universal, equitativo y financieramente sostenible.

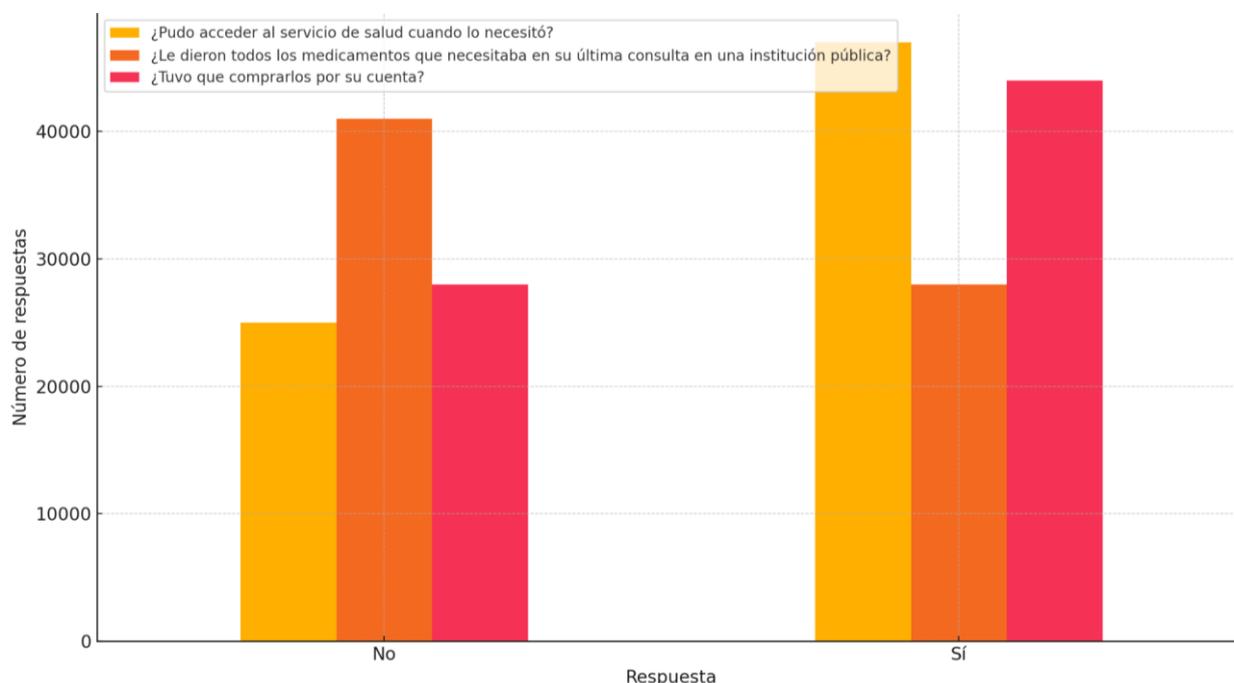


Gráfico 11. Acceso efectivo a servicios médicos y disponibilidad de medicamentos

La Gráfica 11 presenta la relación entre tres aspectos clave del acceso efectivo a la atención médica: (1) la posibilidad de recibir atención cuando se necesita; (2) la disponibilidad completa de medicamentos prescritos durante consultas en instituciones públicas; y (3) la necesidad de adquirir medicamentos por cuenta propia debido a la falta de abasto en el sector público. Estos indicadores son fundamentales para evaluar no solo la cobertura nominal, sino la calidad real del servicio y la protección financiera que el sistema de salud ofrece a la población (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

De las 74,000 personas encuestadas, 47,000 (63.51 %) afirmaron que sí pudieron acceder al

servicio de salud cuando lo necesitaron, mientras que 25,000 personas (33.78 %) reportaron no haber logrado recibir atención en el momento requerido. Este dato refleja que, aunque la mayoría tiene acceso efectivo a consultas y tratamientos, aproximadamente uno de cada tres ciudadanos experimenta barreras de disponibilidad de citas, horarios restringidos o saturación de unidades, especialmente en zonas rurales o altamente marginadas (Fundar, 2021).

En cuanto al suministro de medicamentos, los resultados son más críticos: 41,000 personas (55.41 %) indicaron que no recibieron todos los medicamentos recetados durante su última consulta en una unidad de

salud pública, mientras que solo 28,000 personas (37.84 %) confirmaron haber recibido su tratamiento completo sin necesidad de buscarlo por otras vías. La insuficiencia de medicamentos en farmacias hospitalarias es una de las causas más señaladas de insatisfacción y gasto de bolsillo elevado, situación agravada en la transición de INSABI a IMSS-Bienestar (Huffman & Van Gameraen, 2019; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

El tercer dato complementa esta problemática: 44,000 personas (59.46 %) reportaron haber tenido que comprar medicamentos por su cuenta, mientras que 28,000 personas (37.84 %) no enfrentaron esta necesidad. Este hallazgo confirma que la deficiencia de insumos en el sistema público traslada la carga financiera a los usuarios, contraviniendo el principio de gratuidad y universalidad del acceso a la salud (Fundar, 2021).

Los resultados integrados en la Gráfica 11 demuestran que, aunque la mayoría de la población logra ingresar al sistema de salud cuando lo requiere, la falta de medicamentos dentro de las instituciones públicas obliga a un alto porcentaje de personas a recurrir a la compra privada, lo cual incrementa el gasto de bolsillo y reduce la efectividad de la cobertura formal (CIEP, 2021). Este fenómeno impacta especialmente a los grupos de bajos ingresos y sectores sin seguridad social formal, profundizando desigualdades y aumentando la probabilidad de interrupción de tratamientos.

Por tanto, esta evidencia enfatiza la necesidad de robustecer la cadena de suministro de medicamentos, mejorar la planeación de compras y fortalecer la fiscalización para garantizar que los usuarios no solo tengan acceso a consultas, sino también a los insumos necesarios para una atención integral y continua.

DISCUSIÓN

El presente análisis documental y estadístico revela la complejidad y magnitud de los retos que enfrenta el sistema de salud mexicano tras la eliminación del Seguro Popular y su sustitución por modelos como el INSABI y, posteriormente, IMSS-Bienestar.

Los resultados, sustentados en 74,000 encuestas, ponen de manifiesto que, a pesar de los esfuerzos por garantizar cobertura universal y gratuidad, la población aún percibe deficiencias estructurales que limitan el acceso efectivo, la calidad de los servicios y la protección financiera (CIEP, 2021; CONEVAL, 2019; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

Los datos confirman un patrón ampliamente discutido en la literatura: la cobertura nominal no es sinónimo de cobertura efectiva. Frenk et al. (2006) ya advertían que los sistemas de salud requieren no solo expandir la afiliación, sino mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad de la atención. En este sentido, los hallazgos coinciden con lo reportado por Laurell (2013) y Huffman y Van Gameraen (2019), quienes identificaron que el Seguro Popular, pese a sus limitaciones, representó para millones de personas una vía de acceso a consultas, medicamentos y tratamientos catastróficos, mientras que su eliminación abrupta generó incertidumbre y discontinuidades de cobertura (Nigenda & González-Robledo, 2005).

La reciente estrategia de recentralización, materializada a través de IMSS-Bienestar, no ha logrado revertir los problemas de desabasto de medicamentos, largas listas de espera y escasez de personal en unidades de primer contacto (Fundar, 2021; Homedes & Ugalde, 2009). El hecho de que más de la mitad de los encuestados deban cubrir con recursos propios parte de los medicamentos recetados confirma lo que Gutiérrez et al. (2012) y González-Pier et al. (2011) argumentaron: la falta de financiamiento suficiente y la débil cadena de suministro perpetúan el gasto de bolsillo, incrementando la desigualdad en la atención.

La comparación histórica de la calificación promedio del sistema de salud en los últimos cinco sexenios, que muestra un descenso notorio en las administraciones más recientes, respalda las preocupaciones expresadas por Barraza-Lloréns et al. (2002) y Knaul et al. (2012) sobre la fragilidad institucional cuando las reformas no cuentan con continuidad, evaluación y ajustes basados en evidencia. López-Arellano y Blanco-González (2017) subrayan que un sistema robusto requiere no

solo normas y rectoría federal, sino también autonomía operativa y flexibilidad local para responder a contextos heterogéneos.

Los resultados relacionados con la frecuencia de uso de servicios y los tiempos de espera reafirman lo señalado por Moreno-Altamirano y Loera (2013): el primer nivel de atención sigue siendo insuficiente para resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, lo que genera saturación en servicios de urgencias y especialidades, sobrecargando recursos ya limitados. Sosa-Rubí et al. (2009) refuerzan esta lectura, mostrando cómo enfermedades crónicas mal controladas agravan los costos para el sistema y para los hogares.

A nivel internacional, la OMS (2010) y la OPS (2017) establecen que la cobertura universal efectiva solo se alcanza cuando se combina una financiación pública sólida, acceso oportuno a servicios de calidad y mecanismos que eliminen barreras económicas directas. México, como evidencia este estudio, aún enfrenta rezagos importantes en estos tres ejes, ubicándose por debajo de estándares de países con sistemas más integrados (OECD, 2020).

Las percepciones sobre la preferencia por un esquema similar al Seguro Popular, manifestadas por más del 70 % de la población encuestada, deben entenderse como un llamado de atención a los tomadores de decisiones. Para la población, contar con un padrón claro de beneficiarios, reglas de operación transparentes y un catálogo explícito de servicios generaba confianza y previsibilidad (Frenk et al., 2006; Laurell, 2013).

Reconociendo sus fortalezas, este estudio también presenta limitaciones inherentes a su diseño transversal y autoaplicado. Los sesgos de memoria, la posible deseabilidad social en respuestas y la falta de datos longitudinales limitan la inferencia de causalidad directa (Fundar, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022). Sin embargo, la robustez de la muestra y la consistencia interna de los datos respaldan la validez de las tendencias observadas.

De cara al futuro, se vuelve imperativo retomar la evidencia internacional (OMS, 2010; OPS, 2017; OECD, 2020) y las mejores prácticas de países con modelos universalistas y equitativos. México necesita consolidar una transformación real de su sistema de salud, que vaya más allá de cambios administrativos y se enfoque en fortalecer el primer nivel de atención, garantizar insumos suficientes, profesionalizar la gestión, expandir la cobertura efectiva y reducir drásticamente el gasto de bolsillo (Frenk et al., 2006; Barraza-Lloréns et al., 2002).

Futuros estudios deberían explorar la heterogeneidad regional, evaluar la efectividad de la articulación entre programas sociales y acceso a servicios, y realizar análisis cualitativos para capturar la voz de usuarios, trabajadores de la salud y gestores locales (Laurell, 2013; Fundar, 2021).

En síntesis, la evidencia presentada confirma que la simple existencia de programas y presupuestos no garantiza el derecho a la salud. Para alcanzar la universalidad real, México debe emprender una reforma profunda, integral y sostenida, orientada a resolver los problemas estructurales que han persistido a lo largo de décadas (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022). Solo así podrá responderse de forma efectiva a la legítima expectativa de millones de personas que hoy demandan un sistema de salud digno, accesible y de calidad.

CONCLUSIONES

El presente estudio documental y estadístico aporta una visión integral y actualizada sobre la evolución del acceso a los servicios de salud en México después de la eliminación del Seguro Popular y durante la instauración de esquemas como INSABI e IMSS-Bienestar. Los resultados, basados en 74,000 encuestas, confirman que la cobertura formal, aunque amplia, no garantiza por sí misma un acceso efectivo, oportuno y de calidad, y que persisten rezagos estructurales que afectan de forma directa a millones de personas.

Se constató que, a pesar de los esfuerzos de recentralización y de los anuncios de gratuidad

universal, un porcentaje considerable de la población continúa sin afiliación clara o enfrenta barreras para recibir atención médica cuando la necesita. Además, la mayoría de los usuarios reporta tener que gastar de su propio bolsillo para adquirir medicamentos que deberían ser proporcionados por las instituciones públicas. Estos hallazgos evidencian que la transición entre modelos no ha logrado resolver de fondo los problemas históricos de insuficiencia de infraestructura, carencia de personal médico y deficiencias en la logística de abasto (CIEP, 2021; Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

La calificación promedio de la calidad del sistema de salud, decreciente en los dos últimos periodos presidenciales, refleja la insatisfacción de la población frente a promesas que en la práctica no se cumplen plenamente. Este fenómeno subraya la necesidad de ir más allá de ajustes administrativos superficiales o cambios de nombre en los programas: se requiere una reestructuración profunda, técnicamente planificada y sostenida en el tiempo, que ataque de raíz las causas de la desigualdad en la atención médica (Huffman & Van Gameren, 2019; Fundar, 2021).

En términos prácticos, los hallazgos confirman que la estrategia basada únicamente en la recentralización y el financiamiento federal uniforme no ha sido suficiente para garantizar la equidad territorial, la calidad homogénea y la protección financiera efectiva. Es indispensable replantear el diseño del sistema de salud hacia un modelo realmente integral, con rectoría federal clara pero con autonomía operativa local, redes de servicios fortalecidas, personal suficiente y bien remunerado, abastecimiento garantizado de insumos y medicamentos, y mecanismos de evaluación y rendición de cuentas transparentes (CIEP, 2021; Laurell, 2013).

Este trabajo, además de aportar datos inéditos, reafirma que México se encuentra ante una **encrucijada** histórica: o se limita a reestructuraciones administrativas parciales que perpetúan ineficiencias, o se impulsa una transformación real del sistema de salud, que parta de un análisis técnico riguroso, escuche a los usuarios y construya un sistema universal

que funcione en la práctica y no solo en el papel.

Como toda investigación de corte transversal, este estudio presenta limitaciones relacionadas con la naturaleza autoaplicada de la encuesta y posibles sesgos de recuerdo o de deseabilidad social. No obstante, la solidez de la muestra y la consistencia de los hallazgos permiten extraer conclusiones robustas que invitan a reflexionar críticamente sobre la dirección de la política sanitaria en el país.

Se recomienda que futuros trabajos profundicen en análisis regionales, estudios cualitativos que recojan experiencias de grupos vulnerables y evaluaciones longitudinales que permitan medir de forma precisa los impactos de las reformas implementadas. Además, se sugiere explorar con mayor detalle la interacción entre política social (transferencias monetarias) y acceso a servicios, para entender su rol complementario y sus límites.

En síntesis, este estudio deja claro que México necesita avanzar hacia una transformación real de su sistema de salud, orientada a garantizar el acceso efectivo, la atención digna, la cobertura integral de medicamentos y la protección financiera para toda la población, sin distinciones de ingreso, territorio o condición laboral. Lograrlo requiere voluntad política, planeación técnica, inversión sostenida y, sobre todo, la participación activa de la sociedad para exigir un derecho tan fundamental como la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barraza-Lloréns, M., Bertozzi, S., González-Pier, E., & Gutiérrez, J. P. (2002). Addressing inequity in health and health care in Mexico. *Health Affairs*, 21(3), 47–56. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.47>
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). (2021). *De Seguro Popular a INSABI*. <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi/>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2019). *Sistema de Protección Social en Salud: Resultados y diagnóstico*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/IEPSM_2018.pdf
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. (2006).

- Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, 368(9546), 1524–1534. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69564-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69564-0)
- Fundar, Centro de Análisis e Investigación. (2021). *Desigualdad en el acceso a la salud en México: Análisis del gasto público en salud 2018–2021*. <https://fundar.org.mx/Desigualdad-en-el-acceso-a-la-salud-en-México>
- González-Pier, E., Barraza-Lloréns, M., & Wong, R. (2011). Reformas al sistema de salud en México: Avances y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(1), 12–20. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9166>
- Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., Dolci, G. F., & Ávila, M. H. (2012). Seguro Popular de Salud: Impacto y perspectivas. *Salud Pública de México*, 54(Supl 1), S54–S62. <https://www.scielosp.org/article/spm/2012.v54.sup11/S54-S62/>
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2009). Primary health care and the reform of the health sector in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(5), 466–476. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8147>
- Huffman, C., & Van Gameren, E. (2019). Efectos heterogéneos y distributivos del Seguro Popular sobre la oferta de servicios de salud en México. *El Trimestre Económico*, 86(343), 667–713. <https://www.jstor.org/stable/26777258>
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., & Gómez-Dantés, O. (2012). Protección financiera en salud: México 2000–2012. *Salud Pública de México*, 54(2), 125–134. <https://www.scielosp.org/article/spm/2012.v54.n2/125-134/>
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO–CROP. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20130930043236/Laurell.pdf>
- López-Arellano, O., & Blanco-González, A. (2017). Sistemas de salud en América Latina: México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e65. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34313>
- Moreno-Altamirano, L., & Loera, B. (2013). Desafíos de la atención primaria de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(6), 649–654. <https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55.n6/649-654/>
- Nigenda, G., & González-Robledo, L. M. (2005). Reforma del sector salud en México: 20 años de controversias y retos. *Salud Colectiva*, 1(2), 251–265. <https://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n2/v1n2a05.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Informe sobre la salud en las Américas 2017: Resumen regional de la situación de la salud y sus determinantes*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34321>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). *Health at a glance: Latin America and the Caribbean 2020*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-lac-2020-4a8f5fa2-en.htm>
- Secretaría de Salud. (2019). *Informe sobre la situación de la salud en México 2018*. Dirección General de Información en Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-salud-en-mexico-2018>
- Sosa-Rubí, S. G., Galárraga, O., & López-Ridaura, R. (2009). Diabetes mellitus: Costos y calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*, 51(Supl 2), S437–S444. <https://www.scielosp.org/article/spm/2009.v51.supl2/S437-S444/>
- Sovilla, B., & Díaz Sánchez, Á. M. (2022). Del Seguro Popular al Insabi: ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México? *Gestión y Política Pública*, 31(2), 63–94. https://gestionypoliticapublica.cide.edu/num_anteriores/VolumenXXXI2/63-94.pdf
- World Health Organization (WHO). (2010). *World health report 2010: Health systems financing: The path to universal coverage*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.



DERECHOS DE AUTOR

Velasco Espinal, J. A., Calderón Aguirre, A. P., Mondragón Hernández, Y. G., Arredondo Valle, A., Montes Caballero, P. I., Garfias Zetina, E., & Barrón Martínez, X. (2025)



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.



El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.