

LA ILUSIÓN DE LA UNIVERSALIDAD: LÍMITES ESTRUCTURALES DEL NUEVO MODELO DE SALUD EN MÉXICO ANTE EL DETERIORO OPERATIVO DEL SISTEMA PÚBLICO

- **47 millones de mexicanos siguen sin acceso efectivo a servicios de salud en 2024.**
- La población sin cobertura prácticamente no cambió:
 - 2013: 47.2 millones.
 - 2024: 46.9 millones.
- IMSS-Bienestar **perdió cobertura**:
 - 2013: 11.9 millones de personas.
 - 2024: 11.6 millones (-256 mil personas).
- La Secretaría de Salud dejó de crecer:
 - 2013: 34.7 millones atendidos.
 - 2024: 34.8 millones (+161 mil).
- Se desplomó el surtimiento completo de medicamentos:
 - 2012: 83.5%.
 - 2024: 70.5%.
- **Hoy 3 de cada 10 recetas no se surten completas.**
- Se construyeron menos clínicas de primer nivel:
 - 2005–2012: 1,340 clínicas.
 - 2013–2024: 1,170 clínicas (-170).
- Se priorizó gasto en hospitales especializados en lugar de clínicas básicas.
- Hospitales especializados construidos:
 - Antes: 5.
 - Después: 48.
- El sistema creció más lento en los últimos años:
 - 2001–2012: +20.7 millones de usuarios.
 - 2013–2024: +15 millones.
- **Resultado: más demanda, menos capacidad y peor atención.**

Introducción

En los últimos años, la política pública en materia de salud en México ha experimentado una serie de transformaciones institucionales orientadas a garantizar el acceso universal a los servicios médicos. En este contexto, la creación del Servicio Universal de Salud representa el intento más reciente por consolidar un modelo de atención basado en principios de universalidad, gratuidad y centralización operativa. Desde el punto de vista normativo, este enfoque se sustenta en la premisa de que la fragmentación histórica del sistema sanitario mexicano ha sido el principal obstáculo para garantizar el acceso equitativo a los

servicios de salud, por lo que su reorganización institucional permitiría resolver dichas limitaciones.

Sin embargo, el análisis empírico de la evolución reciente del sistema de salud sugiere que los problemas que enfrenta no se reducen únicamente a su diseño institucional, sino que responden a limitaciones estructurales más profundas en términos de cobertura efectiva, capacidad operativa e infraestructura. La evidencia muestra que, a pesar de los cambios en los esquemas de organización y financiamiento, el sistema ha sido incapaz de reducir de manera sostenida la población no asegurada, que permanece prácticamente estancada en niveles cercanos a los 47 millones de personas. Al mismo tiempo, indicadores clave de desempeño, como el surtimiento completo de recetas, reflejan un deterioro significativo en la capacidad del sistema para proporcionar atención efectiva, lo que cuestiona la calidad real de los servicios ofrecidos.

Aunado a lo anterior, la evolución de la infraestructura sanitaria revela una reconfiguración en las prioridades de inversión que resulta problemática desde una perspectiva de eficiencia. Mientras que la construcción de unidades de primer nivel —fundamentales para la atención preventiva y el acceso oportuno— ha disminuido, la inversión se ha concentrado en niveles de atención de mayor complejidad, lo que incrementa los costos del sistema y reduce su capacidad para atender de manera temprana las necesidades de la población. Esta combinación de factores sugiere la existencia de un sistema que, si bien continúa expandiéndose en términos formales, presenta signos claros de debilitamiento en su funcionamiento real.

En este contexto, el presente análisis parte de una hipótesis crítica: el Servicio Universal de Salud representa una expansión normativa de derechos que no está acompañada por un fortalecimiento equivalente en las capacidades estructurales del sistema sanitario. Es decir, se busca universalizar el acceso en un entorno donde las condiciones operativas, de infraestructura y de cobertura no han sido plenamente consolidadas. Esta desconexión entre el diseño institucional y la capacidad real del sistema plantea interrogantes fundamentales sobre la viabilidad del nuevo modelo y sobre su capacidad para traducirse en mejoras efectivas en el bienestar de la población.

A partir de la evidencia empírica presentada, este trabajo se propone analizar la evolución del sistema de salud en México en tres dimensiones clave: cobertura, capacidad operativa e infraestructura. El objetivo es evaluar si las condiciones actuales permiten sustentar un modelo de universalización o si, por el contrario, existen limitaciones estructurales que podrían comprometer su implementación efectiva. En este sentido, el análisis no solo busca describir el comportamiento del sistema, sino también cuestionar críticamente la coherencia entre los objetivos de política pública y las capacidades reales del Estado para alcanzarlos.

Cobertura del sistema de salud en México: expansión desigual y estancamiento estructural

El análisis de la cobertura del sistema de salud en México revela una dinámica profundamente contrastante entre el periodo 2001–2012 y el periodo 2013–2024, lo cual resulta fundamental para evaluar la viabilidad del modelo de Servicio Universal de Salud. En términos agregados, el número total de usuarios del sistema pasó de 78.2 millones en 2001 a 98.9 millones en 2012, lo que representa un incremento de +20.7 millones de personas (1.26 veces). Este crecimiento refleja una expansión significativa del acceso al sistema sanitario, asociada a la incorporación de población previamente no cubierta. En contraste, durante el periodo posterior, el número total de usuarios aumenta de 89.0 millones en 2013 a 104.0 millones en 2024, es decir, +15.0 millones (1.17 veces), lo que implica una desaceleración en el ritmo de expansión. Aunque el sistema sigue creciendo en términos absolutos, lo hace a un menor dinamismo, lo cual es relevante en un contexto de crecimiento poblacional continuo.

El elemento más crítico del análisis se encuentra en la evolución de la población no asegurada. Entre 2001 y 2012, esta población pasa de 37.7 millones a 47.5 millones, lo que implica un aumento de +9.8 millones (1.26 veces). Sin embargo, este incremento debe interpretarse en el contexto de la expansión demográfica y de la transición institucional del sistema. Lo verdaderamente relevante ocurre en el periodo posterior: entre 2013 y 2024, la población no asegurada prácticamente no se reduce, pasando de 47.2 millones a 46.9 millones, lo que representa una variación de –353 mil personas (0.99 veces). Este dato es contundente, ya que evidencia un estancamiento estructural en la reducción de la población sin cobertura, a pesar de los cambios institucionales implementados en el sistema de salud.

Al desagregar esta población, se observan comportamientos aún más reveladores. La población atendida por la Secretaría de Salud (SSA) crece de 27.0 millones en 2001 a 34.7 millones en 2012, es decir, +7.7 millones (1.28 veces), lo que indica una expansión importante en la capacidad de atención pública. Sin embargo, entre 2013 y 2024, esta cifra prácticamente no cambia, pasando de 34.7 a 34.8 millones (+161 mil, 1.00 veces). Esto implica una parálisis en la expansión del principal brazo operativo del sistema público de salud, lo cual resulta particularmente problemático si se considera que este segmento atiende a la población más vulnerable.

En el caso de IMSS-Bienestar, el comportamiento es aún más crítico. Entre 2001 y 2012, la población atendida aumenta de 10.7 a 11.9 millones (+1.15 millones, 1.11 veces), lo que refleja una expansión moderada. No obstante, en el periodo posterior se observa una contracción, pasando de 11.9 millones en 2013 a 11.6 millones en 2024, es decir, –256 mil personas (0.98 veces). Este retroceso sugiere una pérdida de capacidad en uno de los programas clave para la atención de

población sin seguridad social, lo cual es inconsistente con el objetivo de ampliar la cobertura universal.

Por otro lado, la población asegurada muestra una dinámica distinta. Entre 2001 y 2012, el número de personas aseguradas crece de 40.5 a 51.5 millones (+10.9 millones, 1.27 veces), mientras que en el periodo posterior aumenta de 41.8 a 57.1 millones (+15.3 millones, 1.37 veces). A primera vista, este comportamiento podría interpretarse como una mejora significativa en la cobertura. Sin embargo, este crecimiento debe analizarse con cautela, ya que puede estar influenciado por factores como la formalización parcial del empleo o cambios administrativos en los registros, más que por una expansión estructural del acceso efectivo a servicios de salud.

Desde una perspectiva estructural, el problema central no es la falta de crecimiento en términos absolutos, sino la incapacidad del sistema para reducir de manera sostenida la población no asegurada. La coexistencia de un aumento en la población asegurada con un estancamiento en la población no cubierta sugiere que el sistema está absorbiendo crecimiento demográfico sin lograr cerrar la brecha de acceso.

Crítica estructural

La evidencia presentada en esta tabla plantea un cuestionamiento fundamental al diseño del Servicio Universal de Salud. El decreto parte de la premisa de que la universalidad puede lograrse mediante un rediseño institucional; sin embargo, los datos muestran que el principal problema del sistema no ha sido resuelto en los últimos años: la persistencia de una elevada población sin cobertura efectiva.

La crítica central es que el nuevo modelo intenta construir universalidad sobre un sistema que ha mostrado incapacidad para reducir su brecha estructural de cobertura.

A diferencia del periodo 2001–2012, donde se observa una expansión más clara en la incorporación de usuarios y en la capacidad operativa de las instituciones públicas, el periodo reciente se caracteriza por un estancamiento en los indicadores clave de cobertura, especialmente en la población más vulnerable. Esto implica que el problema no es únicamente de diseño institucional, sino de capacidad real del sistema para expandirse y absorber demanda.

En este contexto, el riesgo del Servicio Universal de Salud es evidente: sin una mejora sustancial en la capacidad operativa y en la expansión efectiva de la cobertura, la universalidad puede quedar como un objetivo normativo sin traducción en acceso real.

Capacidad operativa del sistema de salud: expansión física con deterioro funcional

El análisis del número de unidades médicas y de los indicadores operativos del sistema de salud permite profundizar en una dimensión fundamental: la capacidad real del sistema para atender a la población. A diferencia de la cobertura, que mide el acceso formal, estos indicadores reflejan el funcionamiento efectivo del sistema, particularmente en el primer nivel de atención, que constituye el punto de entrada para la mayoría de los usuarios.

En términos de infraestructura básica, se observa que durante el periodo 2005–2012 el número de unidades médicas de primer nivel operadas por la Secretaría de Salud (SS) crece de 5,815 a 8,460 unidades, lo que representa un incremento de +2,645 unidades (1.45 veces). En el periodo posterior, entre 2013 y 2024, estas unidades aumentan de 7,853 a 10,086, es decir, +2,233 unidades (1.28 veces). Aunque el crecimiento continúa, es evidente una desaceleración en el ritmo de expansión, lo que resulta relevante considerando el aumento poblacional y la presión creciente sobre los servicios de salud.

Esta tendencia se confirma al observar el conjunto del sector salud. Las unidades de primer nivel pasan de 7,589 a 9,684 entre 2005 y 2012 (+2,095 unidades, 1.28 veces), mientras que en el periodo posterior aumentan de 9,267 a 11,617 (+2,350 unidades, 1.25 veces). En términos absolutos, el crecimiento es similar; sin embargo, en términos relativos, el sistema muestra una menor capacidad de expansión proporcional. Esto sugiere que el sistema sigue creciendo, pero no al ritmo necesario para cerrar brechas estructurales de atención.

No obstante, el elemento más crítico de esta tabla no se encuentra en la infraestructura, sino en los indicadores de desempeño. El porcentaje de recetas surtidas completas —uno de los mejores indicadores de funcionamiento efectivo— muestra un deterioro significativo. Durante el periodo 2005–2012, este indicador pasa de 88.2% a 83.5%, lo que implica una ligera caída de -4.7 puntos porcentuales (0.95 veces). Sin embargo, en el periodo posterior la caída es mucho más severa: de 82.8% en 2013 a 70.5% en 2024, es decir, -12.3 puntos porcentuales (0.85 veces).

Este dato es particularmente alarmante, ya que refleja una pérdida sustancial en la capacidad del sistema para proveer medicamentos completos, lo cual impacta directamente la efectividad de los tratamientos. A diferencia de los indicadores de satisfacción, que muestran mejoras marginales —tratamiento de 98.5 a 99.4 y diagnóstico de 98.2 a 99.5—, el surtimiento de recetas revela un deterioro estructural que no puede ser compensado por mejoras marginales en percepción o calidad técnica.

En el segundo nivel de atención, el comportamiento es distinto. Las unidades médicas de segundo nivel en la Secretaría de Salud aumentan de 278 a 476 entre 2005 y 2012 (+198 unidades, 1.71 veces), mientras que en el periodo posterior crecen de 485 a 595 (+110 unidades, 1.23 veces). De igual forma, en el conjunto del sector salud, estas unidades pasan de 489 a 667 (+178, 1.36 veces) en el primer periodo, y de 658 a 788 (+130, 1.20 veces) en el segundo.

Estos datos muestran que, si bien existe expansión en el segundo nivel, esta también presenta una desaceleración significativa en términos relativos, lo que refuerza la idea de que el sistema ha perdido dinamismo en su capacidad de crecimiento estructural.

Crítica estructural

La evidencia presentada en esta tabla permite formular una crítica mucho más contundente al modelo del Servicio Universal de Salud. El decreto parte de la premisa de que la reorganización institucional y la centralización permitirán mejorar la eficiencia y la calidad del sistema; sin embargo, los datos muestran que el problema central no radica en la cantidad de unidades médicas, sino en su capacidad efectiva de operación.

El deterioro en el surtimiento de recetas completas —de 83.5% a 70.5%— evidencia una falla crítica en la provisión de servicios básicos, lo cual contradice directamente el objetivo de garantizar atención efectiva.

Desde una perspectiva comparativa, el periodo previo (PAN) muestra una expansión más dinámica en infraestructura y una menor caída en indicadores operativos, mientras que el periodo posterior se caracteriza por una combinación de crecimiento físico moderado y deterioro funcional significativo. Esto implica que el sistema no solo enfrenta limitaciones en su capacidad de expansión, sino también en su funcionamiento cotidiano.

La implicación para el nuevo modelo es clara: no es suficiente ampliar la cobertura o reorganizar el sistema si no se garantiza la funcionalidad básica de los servicios. Un sistema universal que no puede surtir medicamentos completos o que presenta deterioro en su capacidad operativa corre el riesgo de convertirse en un esquema de acceso formal sin calidad efectiva.

En este sentido, la crítica central es que el Servicio Universal de Salud intenta construir un modelo más ambicioso sobre una base operativa debilitada. Sin una mejora sustancial en la eficiencia, logística y provisión de insumos, la universalidad puede traducirse en una mayor demanda sobre un sistema que ya muestra signos claros de saturación y deterioro.

Infraestructura en salud: expansión desequilibrada y pérdida de prioridad en el primer nivel

El análisis de la infraestructura acumulada en el sistema de salud mexicano permite identificar una transformación relevante en la orientación del gasto y la inversión pública entre los periodos 2005–2012 y 2013–2024. A diferencia de las tablas anteriores —que reflejan cobertura y operación—, esta evidencia muestra la capacidad estructural de largo plazo del sistema, es decir, la base física sobre la cual se sostiene cualquier intento de universalización de los servicios de salud.

En el caso de la consulta externa, que corresponde al primer nivel de atención y representa el punto de entrada del sistema para la mayoría de la

población, se observa un comportamiento preocupante. Durante el periodo 2005–2012 se construyeron 1,340 unidades, mientras que en el periodo posterior esta cifra disminuye a 1,170, lo que implica una reducción de –170 unidades (0.87 veces). Este dato es particularmente relevante, ya que indica una contracción en la expansión de la infraestructura básica, en un contexto donde la demanda de servicios continúa creciendo.

Si bien el número de unidades ampliadas o rehabilitadas aumenta de 1,747 a 2,452 (+705 unidades, 1.40 veces), y el equipamiento muestra un incremento significativo de 110 a 653 unidades (+543, 5.94 veces), este patrón sugiere un cambio en la estrategia de inversión: se prioriza la modernización de unidades existentes sobre la construcción de nuevas. Aunque esto puede interpretarse como una mejora en eficiencia, también implica una limitación en la expansión territorial del sistema, especialmente en zonas donde no existe infraestructura previa.

En el ámbito de la hospitalización general, el comportamiento es distinto. Las unidades construidas aumentan de 123 a 150 (+27 unidades, 1.22 veces), mientras que las ampliaciones y rehabilitaciones crecen de 179 a 547 (+368 unidades, 3.05 veces). Asimismo, el equipamiento se incrementa de 134 a 283 (+149 unidades, 2.11 veces). Estos datos reflejan una mayor inversión en el fortalecimiento del segundo nivel de atención, lo cual podría interpretarse como un intento de mejorar la capacidad resolutoria del sistema hospitalario.

Sin embargo, el cambio más significativo se observa en la hospitalización especializada, donde la infraestructura muestra un crecimiento acelerado. Las unidades construidas pasan de 5 a 48 (+43 unidades, 9.60 veces), mientras que las ampliaciones y rehabilitaciones aumentan de 2 a 98 (+96 unidades, 49.0 veces). Este crecimiento exponencial indica una clara reorientación del gasto hacia niveles de atención más complejos, lo cual tiene implicaciones importantes en términos de costos y eficiencia del sistema.

Interpretación estructural

El patrón que emerge de esta tabla es el de una reconfiguración de prioridades en la inversión pública en salud. Mientras que el primer nivel de atención —consulta externa— muestra una reducción en la construcción de nuevas unidades, los niveles de hospitalización, especialmente el especializado, experimentan una expansión significativa.

Este cambio es crítico desde una perspectiva de política pública. En sistemas de salud eficientes, el primer nivel de atención cumple una función clave como filtro y mecanismo de prevención, reduciendo la presión sobre los niveles hospitalarios. La evidencia sugiere que, en el periodo reciente, esta lógica se ha debilitado, dando lugar a un modelo más orientado a la atención curativa y especializada.

En términos económicos, esto implica un aumento en los costos del sistema, ya que la atención hospitalaria es significativamente más cara que la atención

primaria. Asimismo, la menor expansión del primer nivel limita la capacidad del sistema para atender de manera oportuna problemas de salud, lo que puede derivar en un mayor uso de servicios hospitalarios en etapas más avanzadas de enfermedad.

Crítica estructural

La evidencia de infraestructura permite formular una crítica aún más profunda al modelo del Servicio Universal de Salud. El decreto plantea un sistema basado en la universalidad y la atención integral; sin embargo, los datos muestran que la base física del sistema no ha sido fortalecida de manera consistente con estos objetivos.

La reducción en la construcción de unidades de primer nivel (–170 unidades) revela una falla estratégica en la expansión del punto de entrada del sistema, lo que compromete la viabilidad de cualquier modelo universal.

Si bien el incremento en equipamiento y en infraestructura hospitalaria puede interpretarse como un avance, este no compensa la debilidad en la expansión territorial del sistema. La priorización del segundo y tercer nivel sobre el primero sugiere una distorsión en la asignación de recursos, que favorece la atención de alta complejidad sobre la prevención y el acceso básico.

Desde una perspectiva crítica, el modelo reciente parece apostar por un sistema más costoso y menos eficiente, donde la falta de inversión en el primer nivel genera mayores presiones en los niveles hospitalarios. Esto no solo incrementa los costos, sino que también reduce la capacidad del sistema para ofrecer atención oportuna y equitativa.

En este contexto, el principal riesgo del Servicio Universal de Salud es que se intente expandir la cobertura sin haber consolidado una infraestructura adecuada en el primer nivel. Sin este componente, la universalidad puede traducirse en sobrecarga hospitalaria, mayores costos y menor eficiencia del sistema.

Conclusión límites estructurales del sistema de salud y riesgos del modelo de universalización en la 4T

El análisis conjunto de la cobertura, la capacidad operativa y la infraestructura del sistema de salud en México permite identificar una contradicción estructural profunda entre el diseño del Servicio Universal de Salud y la evolución reciente de las capacidades reales del sistema. Mientras el nuevo modelo plantea una expansión hacia la universalidad, sustentada en principios de acceso integral, gratuidad y centralización, la evidencia empírica muestra que el sistema sanitario ha experimentado, en los últimos años, un proceso de desaceleración, estancamiento y deterioro funcional en sus componentes clave.

En términos de cobertura, si bien el número total de usuarios del sistema continúa creciendo —al pasar de 89.0 millones en 2013 a 104.0 millones en 2024—, este crecimiento se da a un ritmo menor que en periodos anteriores. Más

preocupante aún es el comportamiento de la población no asegurada, que permanece prácticamente sin cambios en el mismo periodo, pasando de 47.2 a 46.9 millones de personas. Este estancamiento revela que el sistema ha sido incapaz de reducir la brecha estructural de acceso, particularmente en los sectores más vulnerables. La universalidad, en este contexto, no enfrenta un problema de diseño conceptual, sino de capacidad efectiva de incorporación de población al sistema.

A nivel operativo, la situación es aún más crítica. A pesar de la expansión en el número de unidades médicas, el sistema muestra un deterioro en su funcionamiento básico, particularmente en la provisión de medicamentos. La caída en el surtimiento completo de recetas —de 83.5% en 2012 a 70.5% en 2024— evidencia una pérdida significativa en la capacidad del sistema para cumplir con su función esencial. Este indicador sintetiza una problemática más amplia: el sistema no solo enfrenta limitaciones en cobertura, sino también en calidad y efectividad del servicio. En este sentido, el acceso formal a la atención médica no garantiza necesariamente una atención completa ni oportuna.

En el ámbito de la infraestructura, el análisis muestra una reconfiguración en las prioridades de inversión pública que resulta problemática desde una perspectiva de eficiencia. La reducción en la construcción de unidades de primer nivel —de 1,340 a 1,170— contrasta con el incremento en la inversión en niveles hospitalarios, particularmente en la hospitalización especializada. Este cambio implica una menor expansión del punto de entrada del sistema, lo que limita la capacidad de atención preventiva y oportuna. Al mismo tiempo, la mayor inversión en niveles de alta complejidad incrementa los costos del sistema, generando un modelo potencialmente más caro y menos eficiente.

La interacción de estos tres elementos —cobertura estancada, deterioro operativo e inversión desequilibrada— configura un escenario en el que el sistema de salud enfrenta limitaciones estructurales significativas. Desde esta perspectiva, el principal riesgo del Servicio Universal de Salud no radica en su planteamiento normativo, sino en la desconexión entre sus objetivos y las capacidades reales del sistema. La expansión de derechos y cobertura en un contexto de debilidad operativa y limitaciones en infraestructura puede generar un incremento en la demanda que el sistema no está en condiciones de absorber.

En este sentido, la universalidad corre el riesgo de convertirse en un objetivo formal sin correspondencia en el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

Desde una perspectiva crítica, el periodo reciente se caracteriza no por la ausencia de crecimiento, sino por una pérdida de dinamismo en la expansión del sistema y un deterioro en su funcionamiento. A diferencia de periodos anteriores, donde se observaba una mayor coherencia entre expansión de cobertura, fortalecimiento operativo e inversión en infraestructura básica, el modelo actual parece avanzar en direcciones desalineadas: crecimiento moderado en cobertura, debilitamiento operativo y reorientación del gasto hacia niveles de mayor complejidad.

La implicación es clara: la viabilidad del Servicio Universal de Salud dependerá no solo de su diseño institucional, sino de la capacidad del Estado para reconstruir las bases operativas del sistema. Sin mejoras sustanciales en el primer nivel de atención, en la provisión de insumos y en la eficiencia institucional, el nuevo modelo podría enfrentar las mismas limitaciones —o incluso mayores— que los esquemas previos.