Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102626

Reformas sanitarias en Latinoamérica y el Caribe

Reformas al sistema de salud en México (1984-2024): un análisis desde la teoría del cambio

Karina Barrios-Sánchez, Adolfo Martínez-Valle, Marcela Agudelo-Botero y Juan Pablo Gutiérrez*

Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 31 de octubre de 2025
Aceptado el 2 de abril de 2026
On-line el 4 de septiembre de 2026

Palabras clave:
Reforma sanitaria
Sistemas de salud
Acceso efectivo a los servicios de salud
Calidad en salud
Equidad
México

RESUMEN

Objetivo: Analizar, desde una perspectiva de la teoría de cambio, los retos que enfrenta el sistema de salud mexicano y proponer una ruta factible para el logro del acceso efectivo y con calidad.
Método: Se desarrolló una teoría del cambio del sistema de salud mexicano a partir de una revisión narrativa en la que se identificaron las características y los mecanismos de acción deseables que podrían conducir al acceso efectivo con calidad. Mediante una revisión documental de las reformas a la Ley General de Salud entre 1984 y 2024 se identificó el aporte potencial de las modificaciones al sistema para el logro de la teoría del cambio propuesta.
Resultados: La teoría del cambio del sistema de salud mexicano permite identificar la ruta hacia el acceso efectivo y con calidad, a la vez que visibiliza las áreas en las cuales no se ha logrado avanzar debido a la ausencia de intervenciones. Si bien las diferentes reformas analizadas han generado cambios en el diseño del sistema, no han logrado consolidar un diseño coherente con el acceso efectivo y de calidad.
Conclusiones: El sistema de salud mexicano requiere un rediseño que plantee el acceso efectivo y de calidad para toda la población, es decir, un sistema integrado que no segmente por condición laboral ni capacidad de pago. Un sistema que comprenda los elementos y mecanismos identificados con la teoría del cambio permitiría garantizar el acceso efectivo y con calidad a toda la población.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Health system reforms in Mexico (1984-2024): an analysis based on the theory of change

Keywords:
Health reform
Health systems
Effective access to health services
Quality of healthcare
Equity
Mexico

ABSTRACT

Objective: To analyze the challenges facing the Mexican healthcare system from a theory of change perspective and propose a feasible path to achieving effective, high-quality access.
Method: A theory of change for the Mexican healthcare system was developed based on a narrative review that identified the desirable characteristics and mechanisms of action that lead to effective, quality access. A documentary review of the reforms to the General Health Law between 1984 and 2024 identified the potential contribution of the modifications to the system toward achieving the proposed theory of change.
Results: The theory of change of the Mexican health system allows us to identify the path toward effective and quality access, while also highlighting areas in which progress has not been made due to the absence of interventions. Although the various reforms analyzed have generated changes in the design of the system, they have not succeeded in consolidating a design consistent with effective and quality access.
Conclusions: The Mexican health system requires a redesign that provides effective and quality access for the entire population, that is, an integrated system that does not segment by employment status or ability to pay. A system that includes the elements and mechanisms identified with the theory of change would make it possible to guarantee effective and quality access for the entire population.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El sistema de salud mexicano se ha caracterizado como segmentado por grupos de población, fragmentado entre niveles de atención y organización, y subfinanciado[1,2]. Esta configuración del sistema ha impedido realizar una rectoría efectiva debido a la dificultad para articular la diversidad de instituciones públicas y privadas con marcos legales, fuentes de financiamiento y modelos de atención propios. Por un lado, las instituciones de seguridad social se financian con fuentes tanto públicas como privadas, incluyendo las cuotas de los trabajadores, mientras que las instituciones que han brindado atención a la población sin seguridad social están financiadas vía impuestos generales; así, la heterogeneidad en las

Véase contenido relacionado en DOI: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102643

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jpgutierrez@unam.mx (J.P. Gutiérrez).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102626
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

fuentes de financiamiento se ha trasladado a la prestación y los resultados[3]. Por su parte, el sector privado que presta servicios de salud se financia preponderantemente a través del pago en el momento de la atención (gasto de bolsillo) y apenas un 5% a través de seguros privados[4].

El gasto público en salud en México se incrementó del 2% del producto interno bruto (PIB) en el año 2000 hasta alcanzar el 2,7% en 2013, y a partir de entonces ha fluctuado entre el 2,5% y el 2,8%. Debido a este bajo nivel de gasto público, el gasto privado es elevado, y cerca del 40% del gasto total en salud corresponde al llamado gasto de bolsillo (realizado en el momento de la atención)[2], lo que supone el segundo porcentaje más alto de los países reportados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) e igualmente el segundo país con menor nivel de contribución combinada entre gobierno y aseguramiento obligatorio[5].

Originado en los años posteriores a la Revolución Mexicana, con la creación en 1943 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la entonces llamada Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy Secretaría de Salud[6], el sistema de salud mexicano se estableció con un diseño con segmentación en el acceso a los servicios basado en la condición laboral de la población, en donde el IMSS se enfocó en las personas con empleos formales y sus familias, y posteriormente se crearon instancias para la atención de personas trabajadoras del Estado y de sectores específicos (personas trabajadoras de la empresa petrolera estatal y de las fuerzas armadas), mientras que la SSA brindaba atención a la población sin seguridad social[1,6]. Esta segmentación implica que el acceso a los servicios de salud, el paquete de prestaciones, la calidad de la atención y el nivel de protección financiera no dependan únicamente de las necesidades en salud de las personas, sino de la adscripción institucional, lo que reproduce inequidades estructurales entre grupos poblacionales.

Desde la década de 1980, en el país se han llevado a cabo cuatro reformas orientadas a garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud. La primera, en 1983, cuando se reconoció este derecho en la Constitución y se inició el proceso de descentralización de los servicios públicos de salud, delegando responsabilidades operativas y administrativas a los Estados[7], planteándose abordar la configuración segmentada del sistema de salud a través de la sectorización, sin lograr incidir en la segmentación, por lo que esta se mantuvo como característica del sistema[8]. Para operativizar la reforma constitucional de 1983, en 1984 se promulgó la Ley General de Salud (LGS), siendo esta el principal marco normativo para regular el derecho a la protección de la salud, y definiendo la organización del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La segunda reforma, iniciada en 2002, se enfocó en ofrecer un esquema de seguro público a la población sin seguridad social a través del Seguro Popular (SP), el cual amplió la cobertura, mejoró la protección financiera y fomentó una mayor equidad en la asignación de recursos[9]. Diversos estudios documentaron un aumento de la inversión pública y de la cobertura de servicios, sobre todo hospitalarios y de alta especialidad[10–13], incrementando el gasto público en salud en un 0,5% del PIB, lo que redujo el gasto catastrófico hasta un 54%[14], particularmente en poblaciones pobres urbanas[15]. Sin embargo, persistieron desafíos en el acceso a la salud al no lograr una adecuada capacidad resolutiva de los servicios públicos ambulatorios, lo que condujo a una creciente utilización de servicios privados de salud, incrementando el gasto de bolsillo[16].

La tercera reforma supuso un cambio de paradigma, eliminando para la población sin seguridad social el abordaje de seguro público (el SP), sustituyéndolo por un modelo basado en la universalidad y concentrando en una nueva instancia el financiamiento y la prestación de servicios: el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), en 2019[17,18]. El nuevo paradigma definió un proceso de recentralización para concentrar en el orden federal la toma de decisiones y la gestión de los servicios de salud para la población sin seguridad social[19].

Manteniendo el abordaje de recentralización y universalidad, en 2023 el INSABI fue sustituido por el Organismo Público Descentralizado (OPD) IMSS Bienestar. Con este cambio estructural, la atención de la población sin seguridad social dejó de ser responsabilidad de la Secretaría de Salud federal, pero mantuvo su carácter centralizado, concentrando el financiamiento y la prestación de servicios[19].

Estas modificaciones han pretendido realizar ajustes en el funcionamiento del sistema de salud, bajo el supuesto de que es posible, a partir de la estructura existente (el sistema segmentado y fragmentado), transitar hacia un sistema que asegure el acceso efectivo y con calidad para garantizar la salud universal con equidad. En ese sentido, el objetivo de este trabajo es doble: por una parte, identificar la teoría del cambio del sistema de salud mexicano para el logro del acceso efectivo y con calidad, y a partir de esta analizar cómo las reformas a la LGS en México, entre 1984 y 2024, contribuyeron para avanzar en la ruta sistematizada en la teoría del cambio.

Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo. En una primera etapa se elaboró una teoría del cambio para definir los atributos deseables del sistema de salud y las vías necesarias para lograr este objetivo. Posteriormente, se realizó un análisis documental de las modificaciones realizadas a la LGS, con el fin de identificar las reformas o los cambios sustanciales que permitieron sentar las bases jurídicas orientadas a garantizar un acceso efectivo y con calidad en salud.

Modelo de la teoría del cambio en sistemas de salud

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura para identificar los atributos de los sistemas que se orientan hacia el logro del acceso efectivo y con calidad. La teoría del cambio para el sistema de salud mexicano se formuló retomando cada uno de los marcos que se explican a continuación.

Como punto de partida, se consideró el marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, el cual se centra en cuatro funciones principales: financiamiento, prestación de servicios, generación de recursos y gobernanza[20]; además, enfatiza la interrelación de las funciones para cumplir su principal propósito de promover, restaurar o mantener la salud.

El segundo marco considerado, también de la OMS, redefinió en 2007 las funciones de gobernanza, financiación y prestación de servicios como componentes esenciales de los sistemas de salud, y la generación de recursos se especificó como personal de salud y tecnología o insumos médicos. De igual forma, se agregó como componente esencial la información en salud[21].

El tercer marco plantea que para lograr reformas efectivas en salud se requieren como mecanismos de acción el financiamiento, los esquemas de pago de los servicios, la organización del sistema (subsectores, distribución de funciones, etc.), la regulación y las estrategias para influir en el comportamiento de las partes interesadas[22].

Los objetivos para los sistemas de salud se han señalado como el logro de la eficiencia y la equidad, considerando para esta última tanto lo que se refiere al financiamiento (pago) como al acceso a los servicios[23].

Finalmente, el marco propuesto por Kruk et al.[24] explicita el logro de la mejor salud con equidad como resultado final de los sistemas, señalando asimismo la urgencia de abordar los retos estructurales que se afrontan para ofrecer una atención resolutiva.

Tabla 1
Clasificación y definición de los cambios a la Ley General en Salud

Tipo de cambio	Definición
Operativos	Aluden a ajustes en la organización, los procesos administrativos, los registros, la gestión o el funcionamiento de las instituciones o los servicios de salud, que buscan mejorar la eficiencia o la cobertura de la atención
Sustantivos	Representan transformaciones profundas en la estructura, las atribuciones o la integración del sistema de salud. No se limitan a la modificación de normas o procesos, sino que también podrían considerar la creación de nuevas leyes, con el propósito de marcar un cambio de paradigma en los principios, derechos o modelos de atención más funcional según las necesidades de la población
Nominativos	Son aquellas modificaciones en la denominación oficial de instituciones, programas o cargos dentro del sistema de salud, sin alteraciones en su organización administrativa o legal
Edición	Corresponden a correcciones en la redacción, la ortografía o la sintaxis de los artículos o capítulos

A partir de los elementos descritos en cada uno de los marcos, se elaboró la propuesta de teoría del cambio para el sistema de salud mexicano.

Análisis de contenido de los cambios a la LGS

Se realizó un análisis cualitativo de contenido del texto de la LGS, tomando como punto de partida la versión inicial promulgada en 1984. A partir de esta base se examinaron las modificaciones subsecuentes, entre 1984 y 2024, plasmadas en 139 decretos que reformaron, adicionaron o derogaron los diversos artículos de la LGS. Cada modificación al texto fue identificada sobre el artículo o inciso correspondiente.

Para clasificar los cambios a la LGS se retomó la definición de cambio sustantivo o material de la Suprema Corte de Justicia de la Nación: cambios que afecten «la trascendencia, el contenido o el alcance del precepto»[25].

Los 993 cambios realizados a la LGS desde su promulgación hasta 2024 fueron clasificadas de acuerdo con su alcance en operativos, sustantivos, nominativos o de edición (tabla 1). Para asignar la categoría de cada cambio se elaboró una matriz analítica en la que, mediante la lectura de la LGS, se identificaron los ajustes expresos que se realizaron a cada uno de los artículos, apartados o capítulos. Los cambios sustanciales se identificaron cuando la modificación a la LGS se enfocó en las funciones sustanciales del sistema de salud (financiamiento, prestación de servicios, generación de recursos y gobernanza).

Resultados

Teoría del cambio

En la figura 1 se presenta la teoría del cambio para el sistema de salud mexicano, que considera como impacto final el logro de salud y con equidad, el cual a su vez es alcanzado mediante el acceso efectivo y con calidad a los servicios personales y colectivos de salud[26].

Esta teoría del cambio establece las funciones o los componentes esenciales del sistema de salud considerados para lograr esos objetivos. Asimismo, señala el conjunto de intervenciones que permiten activarla, distinguiéndolas con los círculos numerados.

Por lo que se refiere a la recaudación, la intervención necesaria es la priorización de la salud que permite incrementar o mantener el gasto público en salud en los niveles que se ha señalado que se requieren para el logro del acceso efectivo[27]. Por otra parte, para promover la equidad a través de la solidaridad financiera, es indispensable asegurar la mancomunación de riesgos y recursos en un fondo único.

Desde la gobernanza se requiere una rectoría robusta que promueva una orientación hacia la salud con equidad. Para la formación de recursos humanos es fundamental la implementación de currículos formativos dinámicos con competencias que reflejen las necesidades cambiantes de la población.

La planeación y los sistemas de abasto son necesarios para contar con las capacidades estructurales que permitan ofrecer servicios resolutivos. Finalmente, para la prestación de servicios se requiere la operación de un modelo en atención primaria a la salud.

Análisis de los cambios a la LGS

En la tabla 2 se reporta el número de cambios a la LGS por periodo y por tipo de cambio. En la figura 2 se resume el contenido de los cambios, identificando para los cambios sustantivos la función del sistema a la cual se dirigen.

Cambios en el periodo 1984-1988: fortalecimiento de la gobernanza

La reforma constitucional de 1983 buscó incidir en el ámbito de la gobernanza, definiendo un rol de rectoría para la Secretaría de Salud (SS), con responsabilidades en la planeación de los recursos para la salud y en el ámbito regulatorio.

La LGS aparece como mecanismo para activar la gobernanza robusta y efectiva del sistema de salud, la cual se ha señalado como condición necesaria para el logro de la salud con equidad en la teoría del cambio.

Entre 1984 y 1988 se realizaron 55 modificaciones a la LGS, todas en 1987. Los cambios sustantivod normaron el rol de la SSA en temas emergentes, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida. Estos ajustes dan cuenta de la importancia de contar con un sistema que permita dar respuesta a nuevos retos en salud, e hicieron ver la necesidad de contar con mecanismos flexibles y adaptativos. Estas modificaciones aportan al fortalecimiento de la rectoría de la SSA, y en ese sentido a la gobernanza, como se plantea en la teoría del cambio.

Cambios en el periodo 1989-2000: continuidad

En el periodo 1989-2000 se presentaron 236 ajustes a la LGS, detallando las atribuciones de la SSA y los alcances de la protección a la salud, manteniendo el enfoque para fortalecer su rectoría. No obstante, se hizo a través de sus atribuciones, sin establecer mecanismos para asegurar la coordinación entre las diferentes instituciones del sistema segmentado. Para el año 2000, el gasto público en salud correspondía al 2% del PIB y las personas sin cobertura en salud llegaban al 60% de la población total[28].

Cambios en el periodo 2001-2012: fortalecimiento del mecanismo de financiamiento

En este periodo se realizaron 307 modificaciones a la LGS, siendo el cambio más relevante la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2003, que introdujo el seguro público a través del SP, mecanismo que, si bien se establece para la población sin seguridad social, señala que el abordaje de protección es un derecho para toda la población; esto es, plantea conceptualmente una

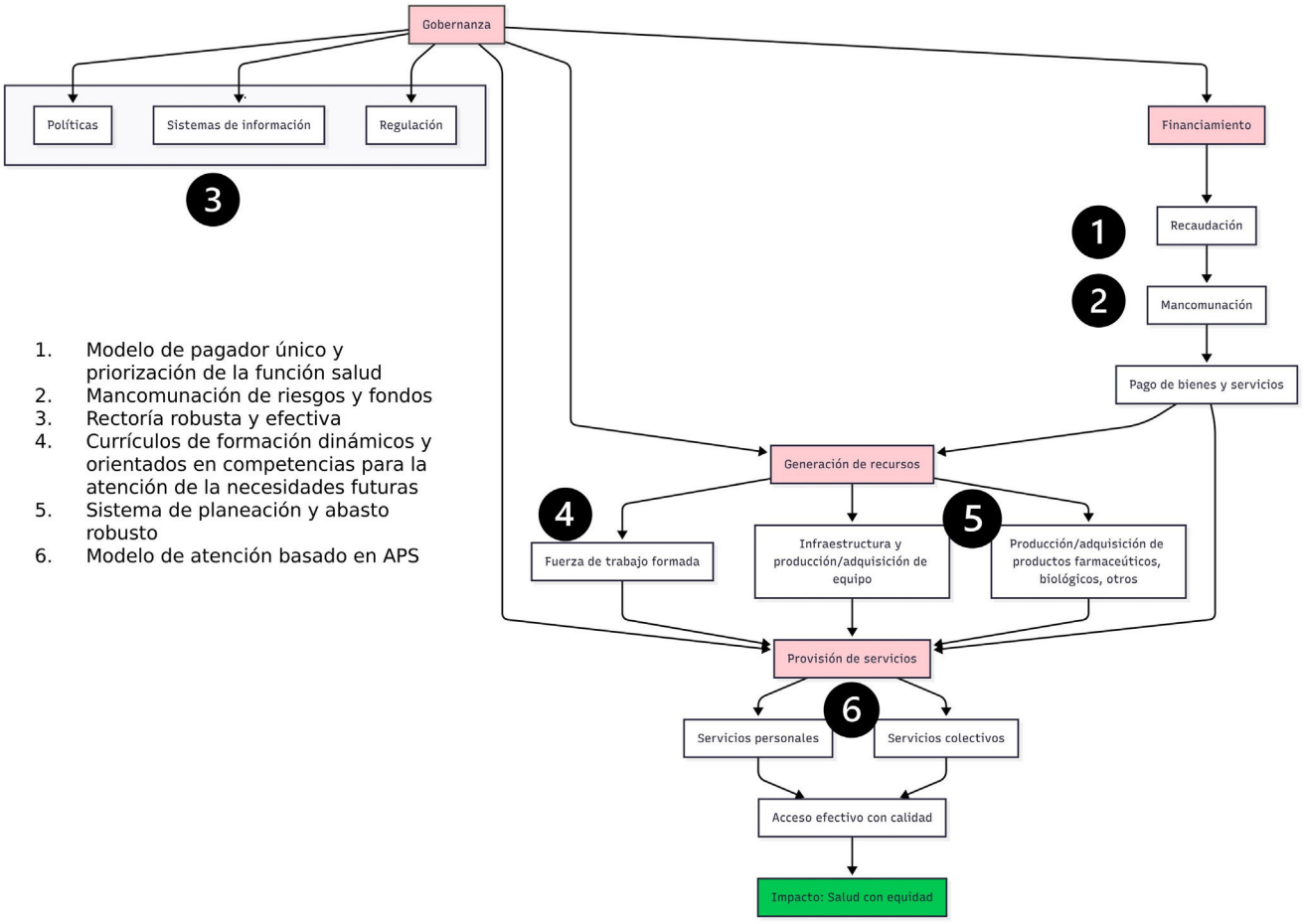


Figura 1. Teoría del cambio del sistema de salud mexicano. El modelo de cambio plantea que, para alcanzar la provisión, organizada a través del modelo de atención a la salud con acceso efectivo, se requiere contar con fuerza de trabajo formada para las necesidades de salud de la población, así como con una infraestructura adecuada y equipos, insumos, medicamentos y biológicos suficientes y de calidad[21,24]. La provisión de servicios también requiere, como condición previa, un flujo de recursos para el pago de los bienes y servicios (personal, estructura, insumos), lo cual se estructura a partir de la mancomunación de riesgos y recursos que se recaudan mediante impuestos generales[2,21]. Asimismo, la provisión requiere una gobernanza expresada en los sistemas de información que permiten orientar la toma de decisiones, los mecanismos de regulación y las políticas que definen el modelo de atención[21]. La generación de recursos (humanos y materiales) depende, por un lado, del flujo de recursos descrito, y por otro, de la gobernanza, tanto en lo que se refiere a la regulación y políticas como a los sistemas de información para orientar las necesidades en salud. La gobernanza del sistema guía su operación a partir de la información que se genera, con los mecanismos regulatorios para modular la operación, y las políticas que definen los valores y principios del sistema[21].

Tabla 2
Cambios a la Ley General de Salud por periodo y tipo, México 1984-2024

Tipo de cambio	1984-1988	1989-2000	2001-2012	2013-2018	2019-2024	Cambios totales
Operativos	9	44	72	48	43	216
Sustantivos	11	52	94	20	74	251
Nominativos	0	0	9	0	3	12
Edición	27	105	68	102	68	370
Operativos + sustantivos	7	13	43	4	16	83
Operativos + nominativos	0	0	0	0	0	0
Operativos + de edición	0	16	19	2	6	43
Sustantivos + nominativos	0	0	0	0	0	0
Sustantivos + de edición	1	4	1	1	3	10
Nominativos + de edición	0	0	0	1	3	4
Operativos + sustantivos + nominativos	0	0	0	0	0	0
Operativos + sustantivos + de edición	0	2	1	1	0	4
Operativos + nominativos + de edición	0	0	0	0	0	0
Sustantivos + nominativos + de edición	0	0	0	0	0	0
Total cambios por periodo	55	236	307	179	216	993

ruta para eliminar la segmentación del sistema, aunque no una ruta práctica.

Esta reforma establece de manera explícita el financiamiento del sistema, definiendo la forma para generar mayor equidad en los recursos dirigidos a los subsistemas y creando, asimismo, un mecanismo de financiamiento para condiciones de alto costo. Con estos ajustes se buscaba abordar temas tanto de financiamiento como de gobernanza, de acuerdo con la teoría del cambio propuesta. Este periodo concluye con un gasto público en salud del 2,9% del PIB, y la población sin cobertura en salud se redujo al 21%[28].

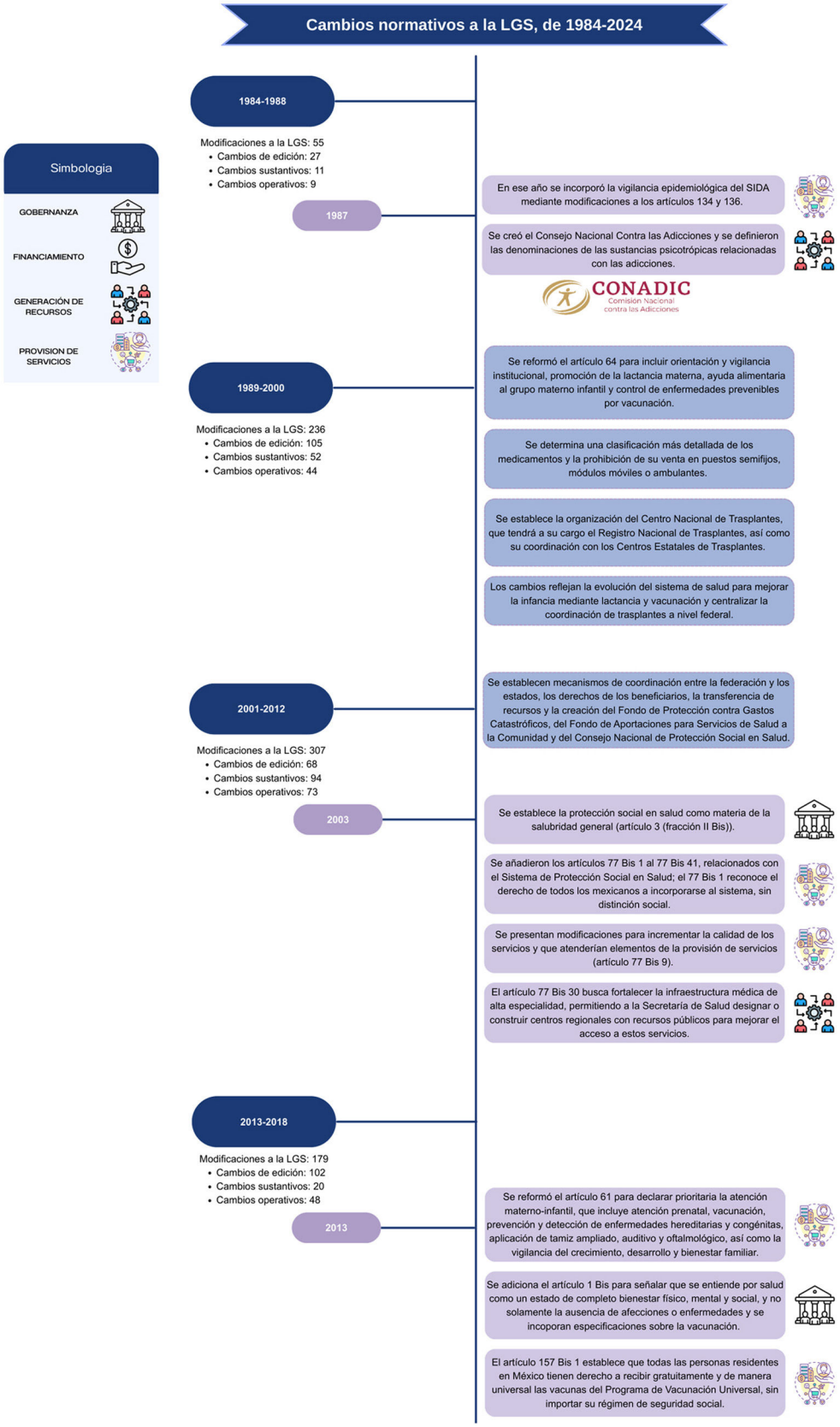


Figura 2. Línea temporal de las modificaciones a la Ley General de Salud de México en el periodo 1984-2024, señalando el tipo de modificación (de edición, sustancial u operativa) y el ámbito de acción (gobernanza, financiamiento, generación de recursos o provisión de servicios).

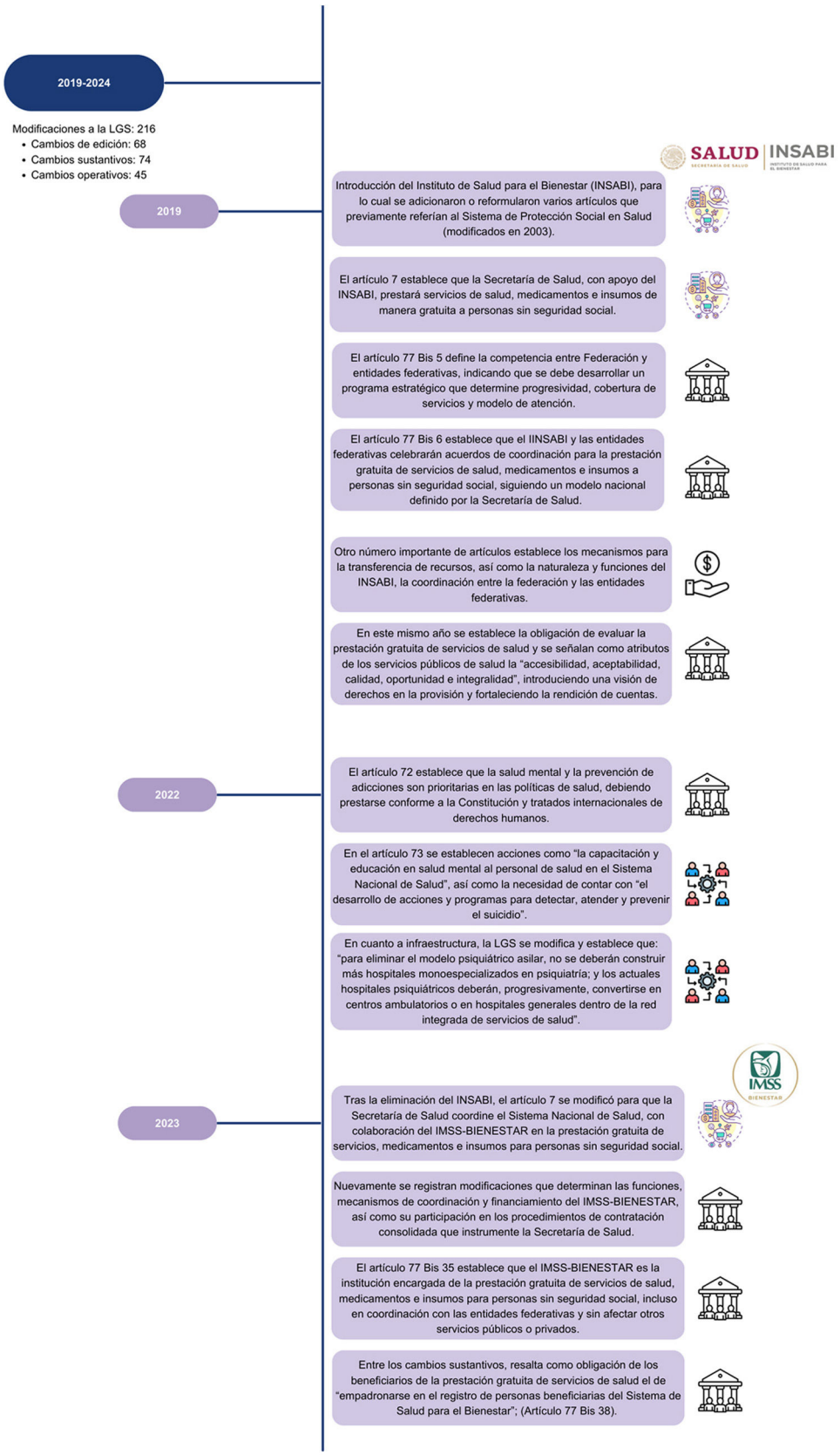


Figura 2. (*Continued*)

Tabla 3
Recomendaciones para la transformación del sistema de salud

Refundar el sistema de salud integrando la oferta pública y desvinculando el financiamiento de la condición laboral, es decir, establecer un mecanismo de pagador único a través de impuestos generales.
Avanzar hacia una reforma fiscal que permita incrementar el gasto público en salud, con pasos escalonados hasta alcanzar el 6% del producto interno bruto.
Revisar el modelo de atención a la salud para asegurar en la práctica un abordaje de atención primaria en salud que asegure el continuo desde la atención comunitaria hasta la alta complejidad.
Generar los recursos necesarios para asegurar la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud a través de mecanismos como la compra consolidada de medicamentos, la formación de recursos humanos y la creación de plazas, así como planes maestros de infraestructura basados en las necesidades.

Cambios en el periodo 2013-2018: pasos iniciales para disminuir la segmentación

En estos años se realizaron 179 modificaciones, entre las que destacan ajustes para fortalecer la atención a la salud de la infancia, con énfasis en la vacunación, y se definió la residencia en el país como criterio para recibir vacunas, sin considerar la institución de afiliación.

Las modificaciones en el periodo buscaron avanzar hacia la eliminación de la segmentación, aunque con acciones limitadas, ya que se promovió un acceso a vacunas no asociado con la condición laboral de las familias, pero sin definir la mancomunación para su financiamiento. En 2018, el porcentaje de la población sin acceso a servicios de salud era del 16,2% y el gasto público en salud fue del 2,6% del PIB, es decir, una reducción con respecto a 2012 del 10%[29].

Cambios en el periodo 2019-2024: cambio de paradigma en el sistema

Entre 2019 y 2024 se registraron 216 modificaciones, cuyo eje fue la eliminación del abordaje de seguro público que se había introducido en 2003, reemplazándolo por una formulación de universalidad y gratuidad para la población sin seguridad social.

En 2019 se eliminó de la redacción de los artículos el SPSS y se reemplazó por el INSABI, estableciendo a este último como la instancia pública para la prestación de servicios gratuitos a la población sin seguridad social. Asimismo, se plantea la recentralización de los servicios al redefinir las competencias de la Federación y de los Estados.

En 2023, el rol establecido en 2019 para el INSABI se trasladó al IMSS Bienestar, nuevamente acotando el alcance a la población sin seguridad social. Un aspecto relevante es la recuperación del concepto de afiliación, a través del empadronamiento en el registro del Sistema de Salud para el Bienestar.

En tanto que las modificaciones realizadas durante este periodo podrían considerarse como orientadas a fortalecer la rectoría y transitar hacia la mancomunación, estos aspectos en la ley resultan más bien enunciativos, al no definir mecanismos para su implementación. En 2024 se reportó que el 34,2% de las personas no contaban con acceso a la salud y el gasto público en salud se ubicó en el 2,9% del PIB[29].

Integración de resultados

Siguiendo la cadena de resultados propuesta en la teoría del cambio desarrollada, se observa que las modificaciones han abordado más de forma superficial el reto de origen del sistema —la segmentación— y no han propuesto abordajes integrales que consideren mecanismos para activar la cadena de resultados en su conjunto, y así poder avanzar hacia el acceso efectivo y con calidad. En la tabla 3 se presentan las recomendaciones que resultan de estos hallazgos.

Discusión

Como se ha descrito en el análisis presentado, las diferentes reformas que se han implementado a la LGS entre 1984 y 2024 han buscado, por mecanismos diferentes, consolidar al sistema de salud con el propósito de avanzar hacia un acceso efectivo y con calidad como ruta para lograr la equidad en salud. No obstante, a pesar de los logros parciales de cada reforma, este resultado se mantiene aún distante del objetivo, lo que se ha documentado en estudios que han mostrado la persistencia tanto de las inequidades en resultados de salud como en los retos para asegurar una atención resolutiva para toda la población[30,31].

Las diferentes reformas a la LGS no han abordado el problema principal de origen en el diseño del sistema de salud, es decir, la segmentación que ha dado lugar a la inequidad y la ineficiencia del sistema[32]. El proceso de descentralización iniciado en 1984, si bien se planteó como un mecanismo para acercar la toma de decisiones al territorio, también contribuyó a la segmentación, al propiciar el funcionamiento de 32 subsistemas de salud en un contexto marcado por los retos señalados sobre la rectoría del sistema, lo que resultó en mayores desigualdades en acceso entre los Estados[33,34].

En el proceso para la reforma de 2003, la integración del sistema de salud (para eliminar la segmentación) fue parte de la discusión, pero se consideró que en ese momento no se contaba con el suficiente consenso para los cambios legislativos necesarios para su implementación[35].

La segmentación ha persistido debido a múltiples factores, tanto políticos como económicos y organizativos. Destacan entre los políticos la débil capacidad rectora de la SSA para coordinar y regular las diversas instituciones que brindan atención a la población con seguridad social, como el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en tanto que los servicios estatales de salud y el IMSS Bienestar que ofrece atención a la población sin seguridad social. Cada una de estas instituciones opera de manera independiente, lo que dificulta su coordinación. Tampoco se han propuesto intervenciones ni mecanismos que aborden efectivamente la segmentación del sistema, excepto por la primera reforma de los años 1980[36].

La reforma de 2003 se enfocó principalmente en el financiamiento al crear un esquema de aseguramiento público para la población sin seguridad social, propiciando un incremento en la inversión pública, reduciendo el gasto catastrófico y produciendo una mayor utilización de los servicios[15].

La reforma de 2019 que eliminó el SP se concentró en la gobernanza, al centralizar el financiamiento y la prestación de servicios de salud en el INSABI. Con la creación del IMSS Bienestar, la SSA vio mermada su capacidad rectora como consecuencia de recortes notables de recursos y de la ausencia de instrumentos efectivos de regulación, a pesar de que se crearon nuevas instituciones como el Servicio Nacional de Salud Pública.

Ante la insuficiente inversión pública en salud, y la ausencia de espacio fiscal, se ha planteado la necesidad de una reforma fiscal

que incremente la capacidad de gasto público[37]. No obstante, los gobiernos en el periodo analizado no la han priorizado.

Un aspecto que ha sido solo tangencialmente abordado en las diferentes reformas a la LGS es la formación de recursos humanos, la cual requiere un enfoque claro en el tipo de modelo que el sistema busca implementar[38,39].

Limitaciones

Es importante señalar como una limitación de este análisis que no se incluyó la revisión de otros instrumentos normativos que también podrían estar vinculados con el diseño del sistema de salud. No obstante, la LGS es la expresión principal de los arreglos que se ha buscado hacer al diseño del sistema de salud. Asimismo, al analizar la LGS, que es de carácter federal, no es posible identificar potenciales diferencias geográficas en la implementación.

Conclusiones

Abordar la segmentación requiere una transformación del sistema de salud que implica integrar un fondo único que permita organizar una provisión que garantice el acceso efectivo y con calidad a los servicios para el conjunto de la población del país, independientemente de su estatus laboral y de otras características individuales o familiares.

Disponibilidad de bases de datos

Los datos utilizados sobre los cambios a la LGS son de fuentes públicas, en específico, del repositorio de la Cámara de Diputados en donde se documentan los decretos de cambios a la Ley: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm

¿Qué se sabe sobre el tema?

El sistema de salud mexicano fue diseñado de forma segmentada, y por ende fragmentado, e históricamente subfinanciado. Se han planteado diversas reformas buscando alcanzar la salud universal con equidad, un resultado que se ha mantenido elusivo.

¿Qué añade el estudio a la literatura?

A partir de mostrar la teoría del cambio para el sistema de salud mexicano, proponemos que las fallas de origen de este imposibilitan que con arreglos al sistema se puedan alcanzar el acceso efectivo y la equidad, y que es necesaria una refundación del sistema si se busca alcanzar la salud universal con equidad.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

En contextos de sistemas de salud con fallas estructurales en su diseño es fundamental considerar alternativas de mayor alcance que impliquen un rediseño integral encaminado hacia la salud universal.

Editor responsable del artículo

Jorge Marcos Marcos.

Contribuciones de autoría

J.P. Gutiérrez: concepción y diseño del estudio, y escritura del borrador inicial del manuscrito. J.P. Gutiérrez, K. Barrios-Sánchez, A. Martínez-Valle y M. Agudelo-Botero: obtención, análisis e interpretación de los datos, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final. Todas las personas firmantes revisaron y discutieron el contenido del artículo en su totalidad.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Becerril-Montekio V, Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE, et al. Segmentation and fragmentation of health systems and the quest for universal health coverage: conceptual clarifications from the Mexican case. J Public Health Policy. 2024;45:164–74, http://dx.doi.org/10.1057/s41271-024-00470-9.
2. Gutiérrez JP. Sistema de salud para la movilidad social. Ciudad de México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias; 2024. Disponible en: https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2024/04/05-Gutierrez-2024.pdf.
3. Alcalde-Rabanal JE, Molina-Rodríguez JF, Díaz-Portillo SP, et al. El sistema de salud de México: análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. Salud Publica Mex. 2024;66:677–88, http://dx.doi.org/10.21149/16214.
4. Gómez-Dantés O, Serván-Mori E, Cerecero D, et al. Mexico's Health System, 2023. Salud Publica Mex. 2024;67:91–105, http://dx.doi.org/10.21149/15802.
5. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: OECD; 2025, http://dx.doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.
6. Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril MV. Sistema de salud de México. Salud Pública de México. 2011:53.
7. Soberón-Acevedo G, Martínez-Narváez G. La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. Salud Publica Mex. 1996;38:371–8.
8. Vargas Bustamante A. The tradeoff between centralized and decentralized health services: evidence from rural areas in Mexico. Soc Sci Med. 2010;71:925–34, http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.022.
9. Gómez-Dantés O, Fuentes-Rivera E, Escobar J, et al. An assessment of the performance of the Mexican health system between 2000 and 2018. Health Policy Plan. 2023;38:689–700, http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czad028.
10. Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. A systematic review of the literature on the impact of the Seguro Popular. Health Res Policy Syst. 2022;20:42, http://dx.doi.org/10.1186/s12961-022-00839-w.
11. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Touchton M, et al. Setbacks in the quest for universal health coverage in Mexico: polarised politics, policy upheaval, and pandemic disruption. Lancet. 2023;402:731–46, http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00777-8.
12. Nigenda G, Wirtz VJ, González-Robledo LM, et al. Evaluating the implementation of Mexico's health reform: the case of Seguro Popular. Health Syst Reform. 2015;1:217–28, http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2015.1031336.
13. Urquieta-Salomón JE, Villarreal HJ. Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system. Health Policy Plan. 2016;31:28–36, http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czv015.
14. Galárraga O, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A, et al. Health insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. Eur J Health Econ. 2010;11:437–47, http://dx.doi.org/10.1007/s10198-009-0180-3.
15. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. Lancet. 2006;368:1828–41, http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(06)69565-2.
16. Martínez-Valle A. Why expanding public health insurance coverage is not enough to provide effective ambulatory care: policy lessons from Mexico, 2000-2022. J Public Health Policy. 2025;46:710–6, http://dx.doi.org/10.1057/s41271-025-00564-y.
17. Reich MR, Restructuring health reform Mexican style. Health Syst Reform. 2020;6:1–11, http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2020.1763114.
18. Laurell AC, Giovanella L. Health policies and systems in Latin America. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. Oxford University Press; 2018, http://dx.doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.60.
19. Robledo Z. La transformación del sistema de salud mexicano. Salud Publica Mex. 2024;66:767–73, http://dx.doi.org/10.21149/15742.
20. Murray CJL, Frenk J. Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Bull World Health Organ. 2000;78:717–31.

21. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/43918.
22. Roberts M, Hsiao W, Berman P, et al. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford University Press; 2008, http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195371505.001.0001.
23. Arah OA, Westert GP, Hurst J, et al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care. 2006;18:5–13, http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzl024.
24. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6:e1196–252, http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
25. Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Jurisprudencia P./J. 25/2016 (10a.). 2016. Disponible en: https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2012802.
26. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publica Mex. 2015;57:180–6, http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415.
27. McIntyre D, Meheus F, Røttingen JA. What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? Health Econ Policy Law. 2017;12:125–37, http://dx.doi.org/10.1017/s1744133116000414.
28. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. Salud Publica Mex. 2013;55:S83–90, http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5102.
29. INEGI. Reporte de resultados: Análisis de la medición de la pobreza multidimensional, 2024. Aguascalientes. INEGI; 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/pm/pm2025_RR_08.pdf.
30. Gutiérrez JP, Castañeda A, Agudelo-Botero M, et al. Performance evaluation of Mexico's health system at the national and subnational level, 1990-2019: an analysis of the Health Access and Quality Index. Public Health. 2024;236:7–14, http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2024.07.009.
31. Vargas SC, Ríos-Zertuche D, Bauhoff S. Changes and heterogeneity in quality-amenable excess mortality in Mexico: a systematic analysis for the years 2012, 2018, and 2021. Lancet Reg Health Am. 2025;45:101061, http://dx.doi.org/10.1016/j.lana.2025.101061.
32. Gómez-Dantés O, Flamand L, Cerecero-García D, et al. Origin, impacts, and potential solutions to the fragmentation of the Mexican health system: a consultation with key actors. Health Res Policy Syst. 2023;21:80, http://dx.doi.org/10.1186/s12961-023-01025-2.
33. Birn AE. Federalist flirtations: the politics and execution of health services decentralization for the uninsured population in Mexico, 1985-1995. J Public Health Policy. 1999;20:81–108.
34. González-Block MA. La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud. Salud Publica Mex. 1992;34 Supl:117–33.
35. Uribe Gómez M, Abrantes Pêgo R. Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? Perfiles Latinoamericanos. 2013;21:135–62, http://dx.doi.org/10.18504/pl2142-135-2013.
36. González Rossetti A, Soberon Acevedo G, Frenk Mora J, et al. La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud. Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud). Ciudad de México; 1995.
37. López Pérez SJ, Vence X. Estructura y evolución de ingresos tributarios y beneficios fiscales en México. Análisis del periodo 1990-2019 y evaluación de la reforma fiscal de 2014. El Trimestre Económico. 2021;88:373–417, http://dx.doi.org/10.20430/ete.v88i350.1104.
38. Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, et al. Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence. BMC Primary Care. 2024;25:99, http://dx.doi.org/10.1186/s12875-024-02336-1.
39. Frenk J, Chen LC, Chandran L, et al. Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. Lancet. 2022;400:1539–56, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02092-X.