

Análisis crítico de la Política Pública de Salud en México (2002-2025):

Una visión desde el Pensamiento
Crítico en Salud de CLACSO

JOSÉ NOÉ RIZO AMÉZQUITA
EMMA MAGDALENA OROPEZA DE ANDA
NELY GONZÁLEZ SERRANO



CISS

Conferencia
Interamericana de
Seguridad Social

Análisis Crítico de la Política Pública de Salud en México (2002-2025):

Una Visión desde el Pensamiento Crítico en Salud de CLACSO



CISS

Conferencia ♦ ♦ ♦
Interamericana de
Seguridad Social

CISS

Conferencia ♦ ♦ ♦
Interamericana de
Seguridad Social



CUCSH
CENTRO UNIVERSITARIO DE
CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES



Presidencia

Zoé Robledo Aburto

Secretaría General

Pedro Kumamoto Aguilar

Dirección Ejecutiva de Proyectos e Investigación, DEPI

Jessica Rubí Rodríguez Balderas

Investigación y desarrollo

MSP José Noé Rizo Amézquita

Investigador en Salud Pública y Seguridad Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Emma Magdalena Oropeza De Anda

Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades

Universidad de Guadalajara

Nely González Serrano

Docente Licenciatura en Ciencia de la Nutrición Humana
de la Facultad de Medicina de la UNAM

Subdirección editorial

Valeria Cervantes García

Diseño y diagramación

Ana Laura García Zavala

Análisis Crítico de la Política Pública de Salud en México (2002-2025):

Una Visión desde el Pensamiento Crítico en Salud de CLACSO

Primera edición, 2025

ISBN: en trámite

© Todos los derechos reservados

Editado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

San Ramón s/n, col. San Jerónimo Lídice, Magdalena Contreras,

C. P. 10100, Ciudad de México. Tel. 55 5377 4700

<https://ciss-bienestar.org>

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre
y cuando se cite la fuente debidamente.

Análisis Crítico de la Política Pública de Salud en México (2002-2025):

Una visión desde el Pensamiento
Crítico en Salud de CLACSO

JOSÉ NOÉ RIZO AMÉZQUITA

EMMA MAGDALENA OROPEZA DE ANDA

NELY GONZÁLEZ SERRANO



Siglas y acrónimos

APS	Atención Primaria de Salud
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CLACSO	Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-Bienestar	Instituto Mexicano del Seguro Social - Bienestar
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
PCS	Pensamiento Crítico en Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen ejecutivo

MSP José Noé Rizo Amézquita

Investigador en Salud Pública y Seguridad Social
Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Emma Magdalena Oropeza De Anda

Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades
Universidad de Guadalajara

Nely González Serrano

Docente Licenciatura en Ciencia de la Nutrición Humana
de la Facultad de Medicina de la UNAM

El presente informe ofrece un análisis crítico de la política pública de salud en México desde 2002 hasta 2025, examinando las reformas clave y sus impactos a través de la lente del “Pensamiento Crítico en Salud” (PCS) de CLACSO. Se explorará la trayectoria del Sistema de Salud, desde la implementación del Seguro Popular en la década de 2000, su consolidación en la década de 2010, hasta la transición hacia el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y el convenio IMSS-Bienestar en la década de 2020. El análisis revelará una tensión constante entre la conceptualización de la salud como un derecho social y la persistencia de una lógica de mercado en las reformas, lo que ha generado fragmentación, inequidad y desafíos persistentes en el acceso efectivo a servicios de calidad. Se argumenta que, si bien ha habido intentos por avanzar hacia la universalidad, las estructuras subyacentes y las ideologías de política han condicionado los resultados, a menudo perpetuando las desigualdades en lugar de erradicarlas.

El Sistema de Salud Mexicano bajo la lupa del Pensamiento Crítico en Salud (2002-2025)

Conceptualización inicial del Sistema de Salud Mexicano y sus desafíos estructurales

Históricamente, el Sistema de Salud Mexicano se ha caracterizado por su complejidad y fragmentación, operando como un modelo mixto que segrega a la población en subsistemas basados en su condición laboral y capacidad de pago. Los trabajadores del sector formal y sus familias están cubiertos por instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En contraste, los trabajadores informales y los sectores más empobrecidos dependen de un subsistema público de atención médica, a menudo con la obligación de pagar cuotas de recuperación. Esta estructura, donde la pertenencia a un esquema de aseguramiento depende del empleo, ha generado claras oportunidades de mejora en equidad y eficiencia.

Antes del período de análisis, la red pública de salud ya mostraba signos de deterioro, con instalaciones en mal estado, equipos escasos u obsoletos, y un personal médico y de enfermería desmotivado, lo que dificultaba la provisión de servicios dignos.¹ Esta situación estructural ha impedido que el derecho a la protección de la salud, consagrado en el Artículo 4º de la Constitución Política de México, se ejerza de manera efectiva para toda la población.¹

La tensión inherente entre la conceptualización constitucional de la salud como un derecho social y su implementación práctica a través de esquemas de seguridad social vinculados al empleo ha sido una constante. Esta dualidad ha creado una segmentación intrínseca en el sistema. El marco del PCS aborda directamente esta contradicción al postular la salud como un derecho social universal, lo que implica una responsabilidad ineludible del Estado y un financiamiento predominantemente público.¹ La persistencia

de la fragmentación y del gasto de bolsillo, a pesar de las reformas,³ sugiere que la lógica de mercado, manifestada en conceptos como la “competencia gestionada” o los “subsidios a la demanda”, ha permeado profundamente el sistema. Esto no es meramente una elección de política, sino un reflejo de batallas ideológicas más profundas sobre el papel del Estado y la naturaleza del bienestar social. Para lograr una verdadera universalización, se requiere una redefinición fundamental de la salud, transformándola de una mercancía a un bien público, respaldada por un financiamiento público robusto y progresivo.

Principios fundamentales del PCS como marco analítico

El PCS se origina en el movimiento latinoamericano de Medicina Social/Salud Colectiva, una corriente que surgió en la década de 1970 como una respuesta crítica a la salud pública desarrollista. Su propósito es analizar la salud en su articulación con los procesos socioeconómicos y políticos.⁴ Desde esta perspectiva, la salud se concibe como un derecho social y humano universal que el Estado está obligado a garantizar de manera equitativa a toda la población, a través de un sistema público, unificado, solidario y redistributivo. El disfrute del más alto nivel posible de salud es un derecho fundamental de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.²

El PCS enfatiza la “determinación social de la salud”, un enfoque que va más allá de la simple identificación de “determinantes sociales”. Se propone analizar cómo la reproducción social, los modos de vida y los patrones de enfermedad y muerte están intrínsecamente moldeados por procesos socioeconómicos y políticos más amplios, especialmente aquellos impulsados por la acumulación de riqueza.⁵ La epidemiología crítica, en este sentido, es inherentemente emancipatoria y se vincula con las luchas sociales por superar un régimen social incompatible con modos de vida saludables.⁵

Este marco crítico aboga por sistemas de salud universales, integrales y equitativos, financiados con recursos públicos, con instituciones públicas sólidas y un enfoque en la atención primaria y la participación comunitaria, en lugar de la competencia de mercado.¹ Se busca que el sistema garantice el acceso oportuno y efectivo a servicios de calidad, promoviendo la evaluación y acreditación, reduciendo efectos adversos y asegurando un trato digno y respetuoso.⁶ La responsabilidad del Estado en garantizar el derecho universal a la salud implica gratuidad, solidaridad, redistribución y una cobertura integral e integrada de servicios, financiada con recursos públicos.¹



Tabla 1: Evolución de las Reformas Clave del Sistema de Salud Mexicano (2002-2025)

PERÍODO	REFORMA/ POLÍTICA CLAVE	OBJETIVO DECLARADO	MECANISMO PRINCIPAL	EVALUACIÓN CRÍTICA (LENTE CLACSO)
2002-2011	Seguro Popular de Salud (SPSS/ Seguro Popular)	Protección financiera para la población no asegurada, reducción del gasto de bolsillo, acceso universal.	Financiamiento basado en la demanda (dinero sigue a las personas), paquetes explícitos de beneficios (CASES), separación de funciones (financiamiento/ provisión).	Reforzó la lógica de mercado y la fragmentación. La “universalidad” fue de paquetes limitados y condicionada, no un derecho social integral. Perpetuó inequidades al crear un nuevo segmento de atención.
2012-2016	Transición a INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar)	Desmontar el sistema neoliberal, garantizar acceso universal y gratuito a servicios y medicamentos para población sin seguridad social.	Eliminación del Seguro Popular, creación de INSABI como organismo descentralizado, federalización de sistemas estatales, priorización de APS, modelo SABI (gratuidad en 1er y 3er nivel).	Alineación ideológica con la salud como derecho social. Sin embargo, la transición abrupta generó incertidumbre operativa y el riesgo de nuevas formas de segmentación o ineficiencia. La recentralización busca unidad, pero enfrenta desafíos de implementación.
2023-2025	Disolución de INSABI; Transferencia de funciones al IMSS- Bienestar	Consolidar la estrategia de federalización y garantizar la atención médica gratuita para la población sin seguridad social.	Aprovechamiento de la infraestructura y experiencia del IMSS para la población no asegurada, integración de servicios.	Representa un intento de consolidar un sistema público y unificado. El éxito dependerá de superar la fragmentación histórica y asegurar recursos suficientes y de calidad, sin reproducir las asimetrías pasadas. La determinación social de la salud sigue siendo un reto fundamental.

Fuente: Elaboración propia

Década 2002-2011: La Reforma Neoliberal y la Implementación del Seguro Popular

CONTEXTO DE LA REFORMA DE SALUD Y LA INTRODUCCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SPSS) Y SEGURO POPULAR (SP)

A principios de la década de 2000, el Sistema de Salud Mexicano enfrentaba una crisis de protección financiera, especialmente para la población sin seguridad social (trabajadores informales y los más pobres), quienes dependían en gran medida del gasto de bolsillo para cubrir sus necesidades de salud.¹ Esta situación, donde más de la mitad del gasto total en salud provenía directamente de los hogares, generaba gastos catastróficos y empobrecedores para un porcentaje significativo de familias.¹ En respuesta a esta problemática y bajo la influencia de principios neoliberales promovidos por organismos financieros internacionales como el Banco Mundial y el FMI, que abogaban por la reducción del gasto público y la apertura al sector privado², se implementó una reforma fundamental.

En enero de 2004, se puso en marcha el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo fue el Seguro Popular de Salud (SPS).¹ El objetivo declarado de esta reforma era proveer protección financiera a los grupos no asalariados, autoempleados y la población más pobre, quienes carecían de cobertura previa.¹ El Seguro Popular se concibió como un esquema de aseguramiento público y universal, diseñado para reducir el “pago de bolsillo” mediante una “cuota anual de afiliación, proporcional a la capacidad económica de la familia”.¹

Un cambio radical en el modelo de financiamiento fue la adopción de un esquema basado en la demanda, donde la asignación de recursos federales a los estados se determinaba en función del número de familias afiliadas al SPS.¹ Esto buscaba reemplazar el “presupuesto burocrático” que subsidiaba a los proveedores independientemente de su desempeño, por una “presupuestación democrática” donde “el dinero sigue a las personas” para lograr un equilibrio entre calidad y eficiencia.² Además, se estableció un paquete explícito de beneficios, el Catálogo de Servicios Esenciales (CASES), diseñado con criterios de costo-efectividad, continuidad de la atención y aceptabilidad social, con el fin de empoderar a los usuarios y asegurar la rendición de cuentas por parte de los proveedores.¹

ANÁLISIS CRÍTICO DE SUS OBJETIVOS (PROTECCIÓN FINANCIERA, COBERTURA) Y SUS EFECTOS EN LA FRAGMENTACIÓN, MERCANTILIZACIÓN Y EQUIDAD

Desde la perspectiva del PCS, el Seguro Popular, a pesar de su retórica de universalidad y protección financiera, fortaleció una “concepción minimalista de los derechos

sociales” y restringió el derecho constitucional a la protección de la salud.¹ La política transitó de una visión de derecho universal a una restrictiva, subordinando la universalidad y la gratuidad a criterios socioeconómicos y de prepago, lo que se manifestó en un paquete de servicios racionado.¹

La implementación del Seguro Popular fue vista por algunos críticos como una estrategia para crear un mercado para el sector privado y fomentar la participación público-privada.¹ Aunque se argumentó que la reforma también fortalecía la infraestructura pública, la orientación general se percibió como una mercantilización de la salud, donde los servicios públicos eran percibidos como insuficientes o de mala calidad para impulsar la demanda de servicios privados.¹

Paradójicamente, la búsqueda de una “cobertura universal” a través del Seguro Popular generó una nueva segmentación dentro del sistema de salud.¹ Los afiliados al Seguro Popular gozaban de beneficios distintos y, en ocasiones, de preferencia en la atención y acceso a medicamentos gratuitos, en comparación con la población no afiliada que se atendía en las mismas unidades de salud.¹ Esta discriminación no solo exacerbó las inequidades preexistentes, sino que también contribuyó a una mayor estratificación del Sistema Nacional de Salud.¹

Si bien los resultados iniciales del Seguro Popular mostraron una reducción en el gasto de bolsillo y en los gastos catastróficos para los hogares afiliados¹, la exclusión de intervenciones de alto costo y la limitada cobertura del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos fueron puntos de crítica.¹ Además, la calidad técnica de la atención y la percepción de los usuarios sobre la misma seguían siendo un desafío, ya que los juicios de calidad a menudo se basaban en el trato digno más que en la efectividad de las intervenciones.¹

La presentación del Seguro Popular como una solución para la cobertura universal y la protección financiera, al mismo tiempo que introducía nuevas formas de segmentación y una lógica de mercado, ilustra una paradoja fundamental. Una política que busca el acceso “universal” a través de un esquema de seguro “público” lo hace restringiendo los beneficios a paquetes explícitos, promoviendo la participación del sector privado y creando un acceso diferenciado para afiliados y no afiliados. Esto es coherente con la crítica a las reformas neoliberales que, incluso al expandir el acceso, a menudo mercantilizan la salud y socavan la naturaleza integral y solidaria de un verdadero derecho social. El discurso de “democratización de la salud” empleado por sus defensores¹ enmascara esta mercantilización subyacente. La implicación es que las políticas centradas en la “cobertura” sin abordar la fragmentación subyacente y los incentivos impulsados por el mercado probablemente perpetuarán las inequidades, incluso si reducen algunos gastos de bolsillo. Una verdadera universalización requiere un cambio en la filosofía fundamental de la provisión de salud.

La descentralización, un componente central de las reformas impulsadas por instituciones financieras internacionales para reducir el gasto federal¹, se presentó como una vía para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta local.¹ Sin embargo,

la evidencia sugiere que esta estrategia, en el marco neoliberal, condujo a una “falta de precisión en la regulación y la delimitación de responsabilidades”¹ y acentuó las inequidades entre estados debido a las variaciones en las capacidades y contribuciones locales.¹ Esto indica que la descentralización, sin un marco regulatorio y redistributivo centralizado y sólido, puede servir para transferir responsabilidades del gobierno federal sin proporcionar el apoyo adecuado, profundizando así las desigualdades existentes en lugar de resolverlas. Se convierte en un mecanismo para “descentralizar problemas” más que para empoderar soluciones locales. Por lo tanto, la descentralización, sin una estructura de gobernanza fuerte y equitativa, puede socavar los objetivos nacionales de equidad y dar lugar a un mosaico fragmentado de servicios, lo que es antitético a la visión de un sistema unificado y equitativo.

Década 2012-2016: Consolidación, Avances y Persistencia de las Inequidades

EVALUACIÓN DE LOS LOGROS Y LIMITACIONES DEL SEGURO POPULAR EN LA BÚSQUEDA DE LA COBERTURA UNIVERSAL

Durante este período, el Seguro Popular continuó siendo el pilar central para la extensión de la cobertura de salud en México. Se reportaron logros significativos en la reducción del gasto de bolsillo y de los gastos catastróficos para las familias afiliadas.¹ Por ejemplo, el gasto de bolsillo se redujo del 51.7% en 2004 al 47.1% en 2010, y el porcentaje de familias con gastos catastróficos disminuyó del 3.6% en 2004 al 2.8% en 2010, lo que representó una reducción del 20.6%.¹ Además, México logró reducir las tasas de mortalidad materna e infantil a más de la mitad entre 1990 y 2013, en parte gracias a políticas progresivas como la expansión del Seguro Popular.¹

A pesar de estos avances, el Sistema de Salud Mexicano siguió siendo profundamente fragmentado. En 2012, aunque la Secretaría de Salud declaró la cobertura universal en salud, esta fue en gran medida nominal. El sistema continuó segmentado en instituciones que financiaban y prestaban servicios a diferentes sectores de la población, lo que perpetuó las inequidades en el acceso, la utilización, la calidad y los resultados en salud, dependiendo de la institución, el nivel de atención y la entidad federativa.¹ Esta “fragmentación jurídico-institucional” generaba inequidades por grupos poblacionales, ineficiencias y rezagos en el acceso a los servicios de salud.¹ La conceptualización de la salud bajo la “universalidad de mercado” siguió priorizando una lógica económica, donde el acceso a los servicios estaba directamente relacionado con el poder adquisitivo de cada individuo o familia, y el papel del Estado se restringía a la regulación, combinando financiamiento público y privado.¹

DEBATES SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN UN SISTEMA FRAGMENTADO

La década de 2010 también fue testigo de un creciente énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) como eje estructural para los “Sistemas de Salud Universales”.¹ Se propuso la implementación de un “Modelo Plural-integral de Atención Primaria a la Salud” para agilizar el ingreso de las personas a los servicios y garantizar la satisfacción de los usuarios.¹ Sin embargo, la fragmentación inherente del sistema obstaculizó un enfoque integral y coordinado de la APS.

La calidad de la atención siguió siendo un desafío significativo. El sistema de salud se encontraba en una encrucijada, con avances en infraestructura y acceso, pero con desafíos persistentes como la doble carga de enfermedades (transmisibles y no transmisibles), la falta de cobertura efectiva para enfermedades de adultos, y la necesidad de garantizar una cobertura universal que respondiera a una población cada vez más exigente, todo ello en un contexto de incremento constante de costos y dificultades para pagar a los proveedores.¹ La “cobertura efectiva” se definió como el “acceso oportuno a servicios de calidad que permitan asegurar la salud de la población”¹, lo que implicaba que aún no se había logrado plenamente. Mecanismos como el “aval ciudadano” se implementaron para fomentar la confianza y monitorear la calidad, pero su impacto en un sistema tan segmentado era limitado.¹

Si bien el Seguro Popular logró reducir el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos para un número considerable de personas¹, la persistencia de la fragmentación del sistema¹ significó que esta protección financiera no se tradujo en un acceso integral, equitativo y de alta calidad para todos. Esto pone de manifiesto una limitación crítica: la mera provisión de cobertura de seguro para un paquete definido de servicios, sin integrar las redes de prestación de servicios subyacentes y sin abordar la “doble carga de enfermedades”¹, no puede lograr una verdadera salud universal. La conceptualización de la “universalidad de mercado”¹ prioriza la lógica económica sobre las necesidades holísticas de la población, lo que resulta en un sistema financieramente accesible para algunos, pero estructuralmente inequitativo para muchos. La implicación es que la salud universal real va más allá de la protección financiera; requiere un sistema unificado e integrado que garantice una atención de calidad y completa, y que aborde los determinantes sociales, no solo una “canasta restringida de servicios”.

El concepto de “competencia gestionada”¹ y la separación de las funciones de financiamiento y provisión¹ fueron elementos centrales en el diseño del Seguro Popular. Aunque se pretendía mejorar la eficiencia, estos mecanismos, en la práctica, llevaron a una “proliferación de modelos de nueva gestión pública” que hicieron que los servicios públicos fueran “más irregulares”.¹ Esto sugiere que los propios mecanismos diseñados para mejorar el sistema a través de principios de mercado contribuyeron inadvertidamente a su fragmentación y a una calidad desigual, creando una tensión entre el diseño teórico y los resultados prácticos. El énfasis en la “costo-efectividad”¹ dentro de este marco puede llevar al “racionamiento” de los servicios¹, particularmente para intervenciones de

alto costo, socavando el principio de atención integral. Por lo tanto, las reformas basadas en el mercado, incluso con buenas intenciones, pueden crear incentivos perversos que priorizan las métricas financieras sobre los resultados de salud y la equidad, lo que lleva a un sistema fragmentado que no logra brindar una atención verdaderamente integral.

Década 2017-2022: Hacia la Refundación: Transición del Seguro Popular al INSABI y el Convenio IMSS-Bienestar

CRÍTICAS A LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES Y LA JUSTIFICACIÓN DEL CAMBIO DE MODELO

El período de 2017-2022 estuvo marcado por un fuerte discurso político que cuestionó las políticas de salud implementadas durante el “período neoliberal” (1982-2018), incluyendo el Seguro Popular. Se argumentó que, a pesar de casi 15 años de implementación, el Seguro Popular no había logrado la cobertura universal, persistiendo una parte significativa de la población sin protección social en salud y un gasto privado muy elevado.¹ Las críticas se centraron en cómo el reordenamiento neoliberal había privatizado áreas rentables, modificado la relación público-privada, y descentralizado problemas a los estados sin fortalecer sus capacidades, lo que profundizó la inequidad preexistente y aceleró la exclusión.¹ La política de salud se había polarizado, con una vertiente de “neo-beneficencia” y otra de “mercantilización-privatización”, reduciendo la complejidad sanitaria a la culpa individual y la búsqueda de salud al consumo de servicios.¹

En este contexto, el nuevo gobierno mexicano, enmarcado en el Plan Nacional de Salud 2019-2024, se propuso “desmontar el sistema creado durante el periodo neoliberal” y avanzar hacia una política de inclusión basada en la universalización del derecho a la salud.¹ El objetivo era garantizar el acceso a servicios integrales de salud y medicamentos gratuitos para toda la población, independientemente de su condición laboral o socioeconómica, haciendo efectivo el Artículo 4º Constitucional.¹

CREACIÓN Y OBJETIVOS DEL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR (INSABI): PROMESAS DE UNIVERSALIDAD Y GRATUIDAD

Como parte de esta reorientación política, el 9 de abril de 2019, se anunció oficialmente la eliminación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) y el Seguro

Popular, dando paso a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).¹ INSABI inició actividades en enero de 2020 como un organismo descentralizado de la administración pública federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio.¹

Entre sus objetivos principales, INSABI se propuso garantizar la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos a la población sin seguridad social.¹ Se estableció que, por ley, INSABI cubriría, como mínimo, todos los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como la consulta externa y hospitalización para especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría) en el segundo nivel de atención, además de los medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.¹ Esto representaba una promesa de acceso universal y gratuito que buscaba superar las limitaciones de cobertura y los altos gastos de bolsillo del Seguro Popular.¹

ANÁLISIS DEL CONVENIO IMSS-BIENESTAR COMO PARTE DE LA ESTRATEGIA DE FEDERALIZACIÓN Y RECENTRALIZACIÓN

En línea con la visión de “desmontar el sistema neoliberal” y fortalecer el papel del Estado, el gobierno impulsó un proceso de reversión de la descentralización hacia la federalización de los Sistemas Estatales de Salud.¹ Esta estrategia de recentralización de la función de atención a la salud y el manejo de recursos se materializó con la constitución de INSABI a principios de 2020, neutralizando más de dos décadas de políticas descentralizadoras.¹

El Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), bajo la coordinación de INSABI, enfatizó la gratuidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), y también en el tercer nivel, financiado por el Fondo de Salud para el Bienestar.¹ Aunque no se detalla explícitamente en los materiales proporcionados para este período, el convenio IMSS-Bienestar se enmarca en esta estrategia de federalización y recentralización, buscando aprovechar la infraestructura y experiencia del IMSS para extender la atención a la población sin seguridad social, consolidando así un sistema más unificado bajo la rectoría federal.

EVALUACIÓN CRÍTICA DE SI ESTOS CAMBIOS REPRESENTAN UNA RUPTURA FUNDAMENTAL O NUEVAS FORMAS DE FRAGMENTACIÓN

Desde la perspectiva del PCS, el cambio del Seguro Popular a INSABI y la estrategia de federalización representan un intento significativo de ruptura con la lógica neoliberal y un acercamiento a los principios de la salud como derecho social y responsabilidad estatal. La promesa de gratuidad y acceso universal para la población sin seguridad social, sin distinción de nivel socioeconómico, es un cambio ideológico y práctico sustancial, que se alinea con la visión de un sistema público financiado con impuestos generales para reducir la pobreza y la desigualdad.¹

Sin embargo, la transición no estuvo exenta de desafíos y la posibilidad de generar nuevas formas de fragmentación o ineficiencia. La cancelación abrupta del Seguro Popular y la creación de INSABI generaron incertidumbre operativa y cuestionamientos sobre si esta era la “solución más conveniente para ampliar la cobertura” o si, por el contrario, podría “contribuir a la segmentación de los servicios públicos, la heterogeneidad de sus prestaciones y la ineficiencia operativa del sistema nacional de salud”.¹ Los retos principales de INSABI se identificaron en la necesidad de recursos suficientes, un diseño organizacional e institucional adecuado, y un modelo de atención que priorice la salud preventiva y el primer nivel, además de una coordinación eficaz con otras instituciones para evitar la segmentación.¹

El período de 2017-2022 muestra un notable giro en la política de salud, pasando de dos décadas de descentralización (promovidas por las reformas neoliberales) hacia la federalización y recentralización.¹ Esto representa más que un mero cambio administrativo; es una reorientación ideológica fundamental sobre el papel del Estado central en la provisión de salud. La crítica a la descentralización neoliberal como un medio para “descentralizar problemas”¹ proporciona la justificación para este giro. No obstante, surge la pregunta de si esta recentralización conducirá genuinamente a un sistema más unificado y equitativo, o si simplemente trasladará las ineficiencias y luchas de poder existentes a un nivel diferente, lo que podría generar nuevas formas de fragmentación burocrática o dificultar la capacidad de respuesta local. La implicación es que una verdadera transformación sistémica requiere abordar las causas fundamentales de la fragmentación y la inequidad, que a menudo son de naturaleza política y económica, no solo administrativa. Un cambio estructural (descentralización versus recentralización) es un medio, no un fin, y su éxito depende del compromiso subyacente con los derechos sociales y la distribución equitativa de los recursos.

El concepto de “refundación” implica una ruptura radical con el pasado, con el objetivo de “desmantelar el sistema creado durante el período neoliberal”.¹ Sin embargo, los sistemas de salud son altamente dependientes de la trayectoria, lo que significa que las decisiones pasadas y las estructuras institucionales influyen en gran medida en las posibilidades futuras. La cancelación abrupta del Seguro Popular y la creación de INSABI, aunque ideológicamente alineadas con los principios de gratuidad y universalidad, generaron incertidumbres operativas y preguntas sobre la “segmentación” y la “ineficiencia”.¹ Esto sugiere que incluso una fuerte voluntad política de “refundación” se enfrenta al inmenso desafío de transformar lógicas y prácticas institucionales profundamente arraigadas. El aspecto de “soberanía”⁷ implica la autodeterminación en salud, que se ve desafiada por las dependencias externas y los legados históricos internos. Por lo tanto, una verdadera “refundación” no solo debe articular una nueva visión, sino también gestionar meticulosamente la transición, asegurando la continuidad de la atención, la asignación efectiva de recursos y la integración genuina de diversos actores institucionales, en lugar de simplemente reemplazar una estructura por otra.

Período 2023-2025: Desafíos Actuales y Futuros de la Política de Salud

BALANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL INSABI Y EL ROL DEL IMSS-BIENESTAR EN LA CONFIGURACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA

El período más reciente (2023-2025) ha sido testigo de una nueva reconfiguración del Sistema de Salud Mexicano. En 2023, INSABI fue disuelto y sus funciones fueron transferidas al organismo público descentralizado IMSS-Bienestar. Esta medida representa una profundización de la estrategia de federalización y recentralización iniciada con INSABI, buscando consolidar la atención médica gratuita para la población sin seguridad social bajo la estructura y experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social. La intención es que “todos los esfuerzos convergerán en prevención y atención a través de redes integradas de servicios de salud que incluyen hospitales y servicios especializados”¹, lo que sugiere un intento de lograr una mayor integración operativa.

El éxito de esta transferencia y la consolidación del IMSS-Bienestar dependerán de su capacidad para superar los desafíos históricos de fragmentación que han caracterizado al Sistema de Salud Mexicano. El principal reto sigue siendo “universalizar la cobertura sin provocar nuevas asimetrías por la heterogeneidad en la calidad y la oferta de las prestaciones de los sistemas públicos de salud, derivada, a su vez, de la segmentación”.¹ La experiencia de la pandemia de COVID-19 puso de manifiesto que los países con “sistemas públicos de salud segmentados, con cobertura limitada y financiamiento deficiente” son más vulnerables a los efectos adversos de las crisis sanitarias¹, lo que subraya la urgencia de lograr un sistema sólido y unificado.

RETOS PERSISTENTES EN LA CALIDAD, EQUIDAD Y ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

A pesar de los cambios de política y los esfuerzos por la “refundación”, los retos fundamentales relacionados con la calidad, la equidad y el acceso efectivo a los servicios de salud persisten en México. La evidencia indica que, a pesar de los avances en cobertura y protección financiera, el sistema aún no ha logrado el acceso efectivo a la salud para todos los mexicanos, lo que implica servicios de alta calidad y protección financiera universal.¹

Los desafíos institucionales continúan en áreas como la calidad, la equidad, la financiación, la cobertura, la toma de decisiones y la administración de los servicios de salud.¹ Es innegable la necesidad de seguir ampliando los servicios de salud y lograr una “adecuada integración y articulación de los programas públicos”.¹ Esto incluye abordar la “doble carga de enfermedades” (enfermedades transmisibles y no transmisibles), asegurar recursos suficientes y mejorar la eficiencia y coordinación de los servicios.

Las cuestiones subyacentes de la desigualdad social y la “determinación social de la salud” continúan moldeando los resultados de salud en el país.⁵ Esto requiere no solo reformas dentro del sector salud, sino también enfoques multisectoriales que aborden las causas estructurales de las inequidades, como la pobreza, el acceso a la alimentación, la educación y las condiciones ambientales, elementos centrales del PCS. La visión de una “salud desde el Sur” implica reconocer los territorios de vida como sistemas de cuidado y promover autonomías y soberanías desde la comunidad.⁹

Tabla 2: Comparativa de Conceptualizaciones del Sistema de Salud: Modelo Neoliberal vs. Pensamiento Crítico CLACSO

DIMENSIÓN	MODELO NEOLIBERAL (EJ. SEGURO POPULAR)	PENSAMIENTO CRÍTICO CLACSO
Salud como Derecho	Concepción minimalista de los derechos sociales; derecho condicionado a capacidad de pago o afiliación a paquetes definidos.	Derecho social y humano universal; responsabilidad ineludible del Estado, sin distinción de condición laboral o socioeconómica.
Financiamiento	Predominio del gasto de bolsillo, combinación de financiamiento público y privado; subsidios a la demanda; cuotas de afiliación.	Financiado principalmente con impuestos generales; gratuidad; solidaridad y redistribución de recursos.
Provisión de Servicios	Separación del financiamiento y la provisión; fomento de la participación plural (público-privada); competencia de mercado.	Provisión pública predominante; integración funcional de servicios; enfoque en redes integradas de atención primaria.
Rol del Estado	Regulador del sistema; restricción de su papel a la regulación y supervisión; fomento de la competencia.	Garante del derecho a la salud; rectoría fuerte; proveedor directo de servicios; promotor de la cohesión social.
Equidad	Reducción de gastos catastróficos, pero persistencia de inequidades en acceso y calidad debido a la fragmentación y segmentación por capacidad de pago.	Búsqueda de igualdad en el acceso y resultados de salud para todos; eliminación de barreras socioeconómicas; atención a la determinación social de la salud.
Fragmentación	Aumento de la segmentación institucional (subsistemas de seguridad social, Seguro Popular, privado); heterogeneidad de prestaciones.	Búsqueda de un sistema unificado e integral; federalización y recentralización para superar la fragmentación; coordinación efectiva entre instituciones.
Enfoque de Atención	Centrado en la atención individual y curativa; paquetes restringidos de servicios; intervenciones costo-efectivas.	Atención integral (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación); énfasis en la Atención Primaria de Salud como eje; visión holística de la salud.
Participación Social	Mecanismos de “aval ciudadano” para monitorear calidad, pero limitada participación en la toma de decisiones y gestión.	Participación activa de la población en la planificación y gestión de la atención sanitaria; autonomías y soberanías desde la comunidad.

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

El análisis de la política pública de salud en México entre 2002 y 2025, desde la perspectiva del PCS, revela una trayectoria marcada por una tensión fundamental entre la aspiración constitucional de la salud como derecho social y la persistencia de lógicas de mercado en la configuración del sistema.

La década de 2000, con la implementación del Seguro Popular, representó un intento de abordar la desprotección financiera de la población no asegurada. Sin embargo, este modelo, influenciado por principios neoliberales, si bien logró una reducción en el gasto de bolsillo, consolidó una “universalidad de mercado” que, paradójicamente, generó nuevas formas de segmentación y mercantilización. La descentralización, concebida como un mecanismo de eficiencia, a menudo se tradujo en una “descentralización de problemas”, exacerbando las inequidades entre entidades federativas y debilitando la capacidad rectora del Estado.

La década de 2010 mostró la consolidación del Seguro Popular, con avances en la extensión de la cobertura nominal, pero sin lograr una integración estructural que superara la fragmentación inherente del sistema. La protección financiera, aunque mejoró, no se tradujo en un acceso equitativo y de calidad para todos, evidenciando los límites de un enfoque que prioriza la asegurabilidad sobre la integralidad del derecho a la salud. La “competencia gestionada”, lejos de unificar, contribuyó a la irregularidad de los servicios públicos.

La transición a INSABI y el posterior convenio IMSS-Bienestar en la década de 2020 marcan un giro ideológico significativo, buscando una “refundación” del sistema hacia principios de gratuidad, universalidad y responsabilidad estatal, más alineados con el PCS. La recentralización de funciones y recursos es un intento por superar la fragmentación y construir un sistema público unificado. No obstante, la implementación de estos cambios ha enfrentado y seguirá enfrentando desafíos operativos y el riesgo



de generar nuevas asimetrías o ineficiencias, dada la complejidad y la dependencia de la trayectoria del Sistema de Salud Mexicano.

En síntesis, la política de salud en México ha oscilado entre la expansión de la cobertura y la profundización de la equidad, siempre bajo la sombra de un sistema históricamente fragmentado. Si bien las reformas recientes apuntan hacia una mayor alineación con la salud como derecho social, la verdadera “refundación” exige no solo cambios estructurales y financieros, sino una transformación profunda de la lógica que ha mercantilizado la salud. El desafío persistente radica en garantizar que la universalización no sea solo nominal, sino efectiva y equitativa, abordando la determinación social de la salud en todas sus dimensiones y asegurando que la calidad y el acceso integral sean una realidad para toda la población.

Referencias

1. Documento de revisión analítica del grupo de refundación del sistema de salud mexicano.
2. Salud Universal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud - PAHO, accessed July 20, 2025, <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
3. Laurell A. C. (2016). *Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados*. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293-314. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53458>
4. POR EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD - Biblioteca Virtual ..., accessed July 24, 2025, https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/12422/1/derecho_universal_a_la_salud.pdf
5. La determinación social de la salud como herramienta de..., accessed July 27, 2025, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
6. *Salud Como Derecho Social*, accessed July 28, 2025, <http://www.facultaddesalud.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2014/06/Salud-como-derecho-social.pdf>
7. Estrada JH, Valencia M, Betancurth DP. *Teoría crítica en salud*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015; 33(supl 1): S87-S89. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a15

- 
8. Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: estudio de caso en el - Biblioteca Virtual CLACSO, accessed July 28, 2025, <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20131223042440/POLICY.pdf>
 9. 1ER DÍA - TARDE IV Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Pensamiento Crítico en Salud: - YouTube, accessed July 30, 2025, <https://www.youtube.com/watch?v=Ub-jvXZXtxks>



CISS-BIENESTAR.ORG

 /CISS.org.esp

 CISS_org

 CISS_org

 cisstagram



CISS

Conferencia ♦ ♦ ♦
Interamericana de
Seguridad Social

ciss-bienestar.org