

## COMENTARIO DE ACTUALIDAD

---

# HISTORIA DEL DESMANTELAMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN MÉXICO

DR. JORGE ULISES BLÁSQUEZ MARTÍNEZ\*

### Resumen

Desde la década de los ochenta se estableció un debate en torno al sistema de salud en México. Superar la fragmentación existente y la necesidad de un sistema universal de salud son las premisas de partida, sin embargo, cómo implementarlo y cuáles deben ser sus características ha significado una discusión sumamente compleja. Aquí presentamos un recorrido del debate en torno al proceso de construcción de un sistema universal de salud desde diferentes propuestas. Cerramos con una reflexión sobre el periodo 2012 – 2018, donde se estableció, como parte de un programa amplio de reformas estructurales, una reformulación al sistema nacional de salud para transitar del SPSS —mejor conocido como Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud)— a un sistema universal de salud. La articulación del debate que hacemos consiste en contrastar el tipo de Estado de Bienestar que se desarrolla dentro de las propuestas planteadas. Nuestro trabajo nace del pensamiento propio de la medicina social latinoamericana con un espíritu crítico sobre la construcción de las políticas públicas y su impacto en la sociedad en su conjunto.

*\*Docente  
en la Universidad  
Iberoamericana-León  
Dra. Carolina Tetelboin  
Henrion, investigadora en  
la Universidad Autónoma  
Metropolitana-Xochimilco*

**Palabras clave:** *Seguro Popular, Estado de Bienestar, Sistema Universal de Salud, Reformas y políticas públicas.*

## **Abstract**

Since the 80's, a debate has been established around Mexico's healthcare system, where overcoming the existing fragmentation and the need for a universal health system are the starting premises. However, the question of how to implement it and what characteristics it should have is an extremely complex issue. Here we present a tour of the debate around the process of building a universal health system from different proposals. We close with a reflection on the period 2012-2018, where, as part of a broad program of structural reforms, a reformulation of the national health system was established to transition from the SPSS — better known as Seguro Popular (Social Protection System in Health)— to a universal health system. The articulation of the debate that we do is meant to contrast the type of Welfare State that develops within the proposals that are being raised. Our work is born from the thought of Latin American social medicine with a critical spirit about the construction of policies and their impact on society.

**Keywords:** *Seguro Popular, Welfare State, Universal Health System, Reforms and policies.*

## **Introducción**

La irrupción del Sars-Cov-2 en México profundizó el debate sobre la necesidad de un sistema universal de salud, aunque desde el inicio de la administración 2018–2024 se ha buscado alcanzar la universalidad del Sistema Nacional de Salud. Esto ha tenido obstáculos importantes. Desde la perspectiva que vamos a abordar hacemos una revisión de los sexenios que lo antecedieron y los cambios que se dieron al Sistema Nacional de Salud.

Uno de los primeros planteamientos que hacemos es característico del Estado de Bienestar que se desarrolló en México. Para Gosta Esping Andersen (Esping-Andersen: 1993), el Estado de Bienestar *estatista conservador*, basa la entrega de los bienes y servicios públicos bajo modelos de lealtad, en un corporativismo bajo un compromiso paternalista y autoritario. Con estas bases podemos decir que la construcción de los ejes del Estado de Bienestar en México se basó en estos pilares en la etapa del nacionalismo posrevolucionario. Hasta este punto la construcción del sistema de salud pasaba más por una diferencia y estratificación social.

En la década de los ochenta se establece la necesidad de cambiar este pacto hacia un sistema universal de salud, donde también el subsector privado tuviera más juego en la prestación del servicio. Bajo esta lógica, pensamos, se sustentó la primera parte del desmantelamiento

de los pilares básicos del sistema de salud público en México y con ello un caótico proceso de descentralización del mismo. Uno de los elementos nodales con los que vamos a trabajar es la presentación de una lógica de debate transexenal donde el tema de reforma al sector salud está presente y se posterga o simplemente se pasa con una serie de reformas de menor medida, aunque con un peso específico durante las campañas electorales.

Por otro lado, retomamos específicamente el sexenio 2012-2018, donde la génesis de las reformas impulsadas buscó que diferentes áreas del Estado tuvieran una reducción en favor de incrementar la presencia del mercado. Al promover reformas retrasadas en sexenios anteriores, estas se podían impulsar bajo un nuevo acuerdo político-partidista conocido como *El Pacto por México*. Desde nuestra óptica esto no fue obra de la casualidad o de un ejercicio de gobierno particular, sino que es consecuencia de una política estructurada en diferentes gobiernos, con elementos ideológicos comunes. Uno de estos puntos donde el debate ha sido bastante complejo es en la política social, donde el tránsito de un Estado de Bienestar hacia un Estado de Bienes Mercantilizados se mantuvo de manera constante. El texto se divide en los siguientes apartados: una caracterización del sector salud (2012-2018), las etapas en las cuales ha sido transformado y por último, una presentación del tipo de reforma que se planteaba en la administración 2012-2018.

## **Planteamiento**

Caracterizar el Estado de Bienestar mexicano y su componente salud es una tarea compleja por los niveles y tipo de segmentación. Podemos sostener que una de sus principales características es tener una educación básica casi universal; en sus niveles medios y superiores, segmentaciones entre lo público y lo privado, con un discurso forjador de la movilidad de clase social como sustento de legitimación al régimen político; una cobertura segmentada con tintes casi universales, pero con acceso diferenciado en la atención a la salud y la seguridad social, en cinco grandes grupos:

- El IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) brinda atención a los trabajadores del sector privado y a la población abierta de bajos recursos y difícil acceso a través del programa IMSS-PROSPERA;
- La Secretaría de Salud atiende a la población que no tiene acceso a los servicios de salud y seguridad social de alguna de las instancias antes mencionadas;
- Los trabajadores para el Estado reciben su atención en el ISSSTE (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado);

- El ISSFAM (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas) atiende exclusivamente a los miembros de las fuerzas armadas mexicanas; y
- PEMEX (Petróleos Mexicanos) ofrece atención exclusiva a los trabajadores de la empresa petrolera de México —con un importante nivel de subrogación en sus servicios—.

Con esta idea podemos asentir con Tetelboin donde “el Estado de Bienestar son instituciones que emergen segmentadas producto de la diferenciación estructural de la sociedad. Esto explica que, aunque no logran en conjunto resolver la carencia de satisfactores básicos, se avanza socialmente en la construcción de instituciones y derechos” (Tetelboin, 2007, p. 55).

En este sentido afirmamos que las características del Estado de Bienestar mexicano fueron un proceso constante de legitimación del régimen político y del sistema económico que se había desarrollado en el marco del denominado modelo sustitución de importaciones. Aquí también aceptamos el concepto de Brachet-Márquez, *el pacto de dominación* como “el proceso mismo que relaciona al Estado con la sociedad y a distintos sectores de ésta con los demás por medio de confrontaciones, negociaciones, empates y transacciones históricas que están restringidos, aunque no determinados, por el orden estructural resultante de episodios anteriores de estas confrontaciones” (1996, p. 59).

Aquí cabe un punto importante en nuestro análisis: el *pacto de dominación* solamente conjugó a nuevos actores políticos, económicos y sociales en la confrontación de las etapas de reestructura hacia el Sistema Universal de Salud en México y esto se puede ver con plena claridad en la reforma del 2003 y su permanencia sin cambios de fondo y forma durante el periodo 2012-2018. El pacto de dominación en el periodo anterior a la década de los ochenta fue un elemento de organización político-estatal-gubernamental que sirvió como un eje de articulación de las demandas sociales y las respuestas gubernamentales en un pacto tácito de bienes y servicios públicos intercambiado por el sometimiento a un partido único.

En la década de los ochenta se instaura un nuevo modelo económico, que tuvo como eje central el detrimento del Estado de Bienestar. Lo pactado con el partido hegemónico se resquebraja y surgen nuevas formas de demanda hacia el gobierno en turno y la forma de presentar bienes y servicios públicos.

Cobran relevancia las transformaciones de las instituciones de seguridad social, especialmente en educación, sistemas de retiro y salud. En materia de educación, las bases estaban puestas

con antelación así que se vivió un proceso de aceleración, que además tuvo la parte armónica de no caer en una confrontación mayor. El sistema de retiro tuvo sus resistencias, pero se logró moldear de un sistema universal a uno individual, con muchas similitudes al de Chile. Sin embargo, en salud, la fragmentación misma del sistema y las tensiones que se generan por posibles fusiones han generado una serie de resistencias a los cambios que han impedido cambios profundos, aunque no graduales.

### **1983: reformas al sector salud, inicio de la transición neoliberal en el sistema de salud**

Posterior a los sexenios de 1970-1982, México atravesó una crisis económica sumamente importante en el marco global de las políticas de control de gasto y aumento de mercado que estaban en boga durante la década de los ochenta. Se inició entonces un viraje en la construcción de las políticas sociales y sus nuevos pilares.

El tema salud no escapa a esta reconfiguración del escenario de diseño de las políticas públicas. El primer secretario del ramo en este periodo (1982-1988) fue el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, ex rector de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México). Su influencia en la reestructura fue a tal grado, que los subsiguientes secretarios y personal de alto rango en la toma de decisiones se formó en este periodo.

Una de las características centrales que se dará en esta reconfiguración del escenario político nacional e internacional es la presencia marcada de los organismos supranacionales como son el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre otros que marcan la necesidad de implementar un agresivo programa de reducción del Estado, especialmente las áreas que componen el Estado de Bienestar e imponen la lógica gerencial de la administración pública.

En esta primera etapa se reconfigura el sector de salud mexicano hacia uno desarticulado y basado en un criterio de descentralización, con una momentánea pausa al proceso de transferencia de las instituciones y los recursos del sector salud de la Federación a las entidades federativas. Este periodo, cabe mencionar, va a tener dos momentos importantes: la fuerza política con la que pudo impulsar su visión de cambio en el sector salud el Dr. Guillermo Soberón Acevedo; y un regreso a la salud pública con un freno a los cambios en el sector con la llegada del Dr. Jesús Kumate (1988-1994).

Este cambio que parece menor, no lo es, pues el trabajo que hizo el Dr. Kumate significó un replanteamiento político y práctico, y lo que dejó hacer en el tema de la reforma al sector salud fue sumamente importante. El Dr. Kumate trabajó en temas como la vacunación universal en la población infantil, también regresó programas de prevención en el primer nivel de atención y médico, además de mejorar la red de suministros en material y medicamentos. Aquí debe tomarse una pausa, porque en el fondo, su trabajo fue sumamente técnico y dejó de lado la parte política, aunque su mayor sello en lo político fue la transición a un proceso de mayor injerencia por parte de las autoridades hacendarias en las decisiones técnicas del ramo.

### **1995 proceso de descentralización en el sector salud**

Esta segunda etapa, que hemos llamado el proceso de la descentralización del sector salud, arranca en el sexenio de 1994-2000 con la llegada del Dr. Juan Ramón de la Fuente. Con él llegó a la Secretaría de Salud federal un grupo de poder que profundizó su descentralización en la escala estatal, pero sin reglas claras de cómo se tenían que auditar los recursos ejercidos. En este sentido la reforma inicial planteada por Guillermo Soberón Acevedo volvió a tener vida y pasó a tener una faceta más operativa que en los procesos anteriores.

La primera reforma la podemos caracterizar como el proceso de la descentralización de los servicios de salud, la entrega de las instalaciones a las entidades federativas bajo supuestos de una mejora en la gestión técnica-financiera y una creciente idea de tener mejores condiciones de acceso a la salud. Empezando con el proceso para desarticular la acción y peso político de la Secretaría de Salud, su viraje a convertirse en un ente de normatividad se entrelaza con una serie de modificaciones al actuar institucional más cercano a una instancia de normatividad del mercado. Podríamos resumir estos dos procesos en la siguiente idea de Frenk.

El asunto más importante hace referencia tanto a la definición de un principio de elegibilidad para la población, como a los acuerdos institucionales que definen qué agencias gubernamentales estarán involucradas en la atención médica, la distribución de las funciones entre el gobierno central y local, la combinación pública/privada, el grado y la forma de involucramiento de la población, los vínculos con los productores de los recursos y la naturaleza de la acción intersectorial. (1997, p. 378)

Las características del periodo de Juan Ramón de la Fuente son bastante negativas para el sector salud, aunque la más importantes a señalar es el tránsito del sistema federal a uno donde las entidades federativas tuvieron que aprender sobre la marcha la operación de los

sistemas de salud. No es insignificante que durante este momento el aumento en el gasto de bolsillo en la materia haya sido el más importante en todo el periodo de las reformas sanitarias y, en cierta forma, la base para legitimar el acelerado proceso de una reforma al sector salud.

La segunda reforma de este periodo de cambios legales, constitucionales y operativos se estructura como una conjugación de acciones que desmantelan, por un lado, el sector de la seguridad social y, por el otro, el financiamiento de un actor institucional extraordinariamente fuerte como es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Esta etapa se centra en el financiamiento extrayendo los recursos monetarios de las pensiones pasando recursos financieros que funcionaban para capitalizar una instancia pública, a una figura privada para ingresar esos recursos al mercado como son los fondos de ahorro para el retiro (AFORES). Esta merma a los ingresos del IMSS configuró una crisis real en las finanzas del instituto que se tradujo en una pésima atención a los usuarios y falta constante de material.

La situación financiera del IMSS, aunada a los cambios demográficos del país debido a una creciente participación de la población en edad avanzada, a un aumento en la esperanza de vida y una reducción en la tasa de fertilidad, hicieron imprescindible un cambio en el sistema de pensiones que garantizará viabilidad financiera, al mismo tiempo que permitirá la utilización de los recursos previsionales como ahorro interno disponible para la inversión productiva y generación de empleos. Donde los participantes reciben su jubilación el producto de sus aportaciones. (Solís, 1997, pp. 181-182)

En este sentido, la creación de las AFORES nace de una lógica mercantil que permite el uso de recursos destinados al financiamiento de la seguridad social a su uso con fines de desarrollo económico comprometiendo los recursos para pensiones solidarias a los vaivenes del mercado creando condiciones nuevas que marcaran la lógica del IMSS. También se modificaron los esquemas del financiamiento en la cuota obrero-patronal que dio un peso mayor a las contribuciones obreras y se redujeron considerablemente las patronales.

Como cierre a este periodo, la llegada del Dr. Julio Frenk sentó las bases de la profundización de los cambios estructurales en materia de operación del sector sanitario y que abordaremos con mayor fuerza en el siguiente apartado.

La síntesis de este periodo se caracteriza esencialmente por un proceso de fuertes cambios estructurales y una reconfiguración de las instituciones de salud, seguridad y política social. Podemos afirmar que gracias a esta serie de cambios se produce un aumento del *gasto de bolsillo* en salud, por el proceso deficiente de atención en las instituciones públicas, mismo que se debe a su profunda descapitalización.

### **2003: el Seguro Popular y la nueva segmentación de la atención en salud**

En el año dos mil se crea un proceso de alternancia política en México sumamente relevante: el acceso al Gobierno Federal de un partido diferente al Partido Revolucionario Institucional (PRI), el Partido Acción Nacional (PAN). Cabe destacar que este partido está orientado por una lógica empresarial, conservadora y con cuadros técnicos formados en la iniciativa privada, por lo que sus políticas públicas (2000–2012) fueron enérgicas en imponer el modelo de reformas neoliberales, promover a los grupos tecnocráticos ligados a los organismos multinacionales como son el BM, FMI o el BID para la construcción de un Estado a modo, para continuar con las fases que faltaban en este eje de transformación iniciado en la década de los ochenta. En este contexto se fundaron dos elementos nodales para comprender la lógica de la salud y la política social. El sistema de salud mexicano terminó por tener un proceso de desintegración y segmentación total al crear el denominado *Seguro Popular*, así como una instancia gubernamental denominada Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPPS). Con la construcción de estos dos escenarios se pasó de un sistema de salud universal con cobertura amplia a un sistema de protección de salud desintegrado con profundas desigualdades entre cada una de las regiones que integran el país, con un acceso limitativo en la atención médica y los servicios de salud.

Como consecuencia, inició un constante proceso de descapitalización económica del sector. Adicionalmente, se ha generado un mayor gasto burocrático en su operación que ha limitado contar con recursos mucho más frescos para el sector y para la atención en salud.

Por su parte, el agente institucional que era la Secretaría de Salud queda completamente desligado de la atención al público en general, se transita a un nuevo ente que se configura como una institución de peso con el poder de los recursos financieros para de una manera general coaccionar a las entidades federativas a tener los recursos financieros adheridos al Seguro Popular, lo que ha generado muchas críticas en cuanto al actuar y respeto al federalismo que supone este proceso de descentralización que parece más orientado a su privatización.



En síntesis, podemos afirmar que para 2003 la Ley General de Salud se modifica con la adición de un capítulo sobre la creación del Sistema de Protección Social en Salud que fortalece la concepción minimalista de la garantía de derechos y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud. Este cambio legal introduce un nuevo esquema para proteger la salud mediante la contratación voluntaria de un seguro (subsidiado) que cubre un paquete de servicios básicos (López y Blanco, 2007, p. 39).

Esto se logra ver con nitidez en las dos instancias de seguridad social más relevantes, IMSS e ISSSTE. En realidad, el primero ha sufrido un embate brutal con el argumento de una falta de recursos financieros. Las reformas que se dieron en la última década han girado en torno a mantener un proceso de descapitalización constante de los recursos financieros del instituto y generar procesos de privatización y subrogación en las áreas que son más rentables.

En el caso del ISSSTE, su transformación fue mucho más profunda y de una manera más radical. En 2007 se reformó con un discurso eje alrededor de todas las fuerzas políticas del país: a) la grave crisis financiera y estructural que desde hacía tiempo enfrentaba el instituto; b) la necesidad de una reforma que pasaba por el Congreso de la Unión, convirtiendo a sus integrantes en actores clave del proceso; c) la certidumbre de que los cambios propuestos eran perfectibles (Guillén y Melo, 2009, p. 99). Sin embargo, sirve este antecedente para visibilizar las tensiones sociales y políticas detrás de esta serie de reformas; lo fundamental que ocurrió fue el proceso de crear una instancia de AFORE “para manejar e invertir los recursos en áreas estratégicas, como la petroquímica, el gas natural y la electricidad” (p. 102).

En este sentido la reforma se topa con la resistencia de los sindicatos incluidos los oficiales que buscan la manera de frenar esta serie de cambios, no por mantener un Estado de Bienestar, acceso equitativo a los recursos y garantizar mejores servicios de salud (de manera poco clara quedan los procesos de exclusión de algunos tratamientos); sino para no perder privilegios y prebendas que se tenían con anterioridad.

### **México 2012 – 2018 la era de las reformas postergadas**

El regreso del PRI a la Presidencia de la República tuvo como fuerte promesa terminar con el *Seguro Popular* e instaurar un verdadero sistema de salud universal. Hay que sumar que la alternancia política también trajo consigo un sistema presidencial agotado, y parte de ese agotamiento se reflejaba en ineficacia, falta de acuerdos, lentitud en la toma de decisiones, desprestigio de la política. (Casar, 2014, p. 68).

La administración y forma de gobierno de Enrique Peña Nieto fue configurada en campaña: orden social, altas tasas de crecimiento económico, conflictos políticos y sociales limitados que pueden ser controlados con cierta facilidad, lealtad institucional de cada uno de los miembros de su gabinete y un gobierno que tiene la capacidad de tener a los gobernadores de las entidades federativas con algún grado de cohesión ante su proyecto de gobierno. Algunos elementos de cómo se planteaba reestructurar el sistema de salud en México los menciona el propio Peña Nieto:

Debemos construir un *Sistema de Seguridad Social Universal* que otorgue un piso de protección social básico y gratuito a todos los mexicanos. Este sistema debe incluir cuatro elementos fundamentales: acceso efectivo a los servicios de salud, pensión para la vejez, seguro de desempleo y seguro de riesgos de trabajo. El nuevo *sistema de seguridad social universal* debe integrar el hoy fragmentado sector salud para alcanzar dos objetivos. Primero, evitar que se dupliquen los servicios para poder reducir el costo total del sistema. Segundo, que los usuarios puedan decidir la clínica y el médico de su elección. (Peña, 2011, p. 115)

El nuevo sistema deberá ser financiado gradual y mayoritariamente por impuestos generales. Esto remplazaría al método actual de financiamiento vía impuestos, cotizaciones y gastos de bolsillo. De esta forma, toda la población, sin excepción, tendría pensión y acceso efectivo a la salud, al mismo tiempo que dejarían de existir los incentivos para ingresar o permanecer en la economía informal, lo que aumentaría la calidad de los empleos, la productividad y el crecimiento económico. (Peña, 2011, p. 116)

Así fue como se empezó la construcción en campaña de la idea de una reforma importante en materia de salud, sumado a lo que posteriormente se plasmó en el llamado *Pacto por México*. El sector salud tenía un peso específico, aunque también una complejidad mucho mayor de lo que se pudiera calcular en términos políticos y de movimientos sociales. También influyó de manera importante la crisis de legitimidad por los escándalos de corrupción y el caso Ayotzinapa.

## **Conclusiones**

Dentro de las reflexiones que deja este proceso lo más evidente es la complejidad de proceder a una reforma que unifique los servicios de salud pública en México y que además tenga un verdadero catálogo de servicios que sean obligatorios prestar también al sector privado.

Por otro lado, el regreso hacia un Estado de Bienestar marcado en el sentido del pacto de dominación o clientelar populista, tampoco es la alternativa. Debemos buscar un Estado de Bienestar basado en la aplicación de los Derechos Humanos. Aquí también cabe la pregunta de si realmente vamos a poder avanzar considerando lo complejas y profundas que han sido las reformas que han dado cara al actual sistema de salud.

Mención aparte ameritan el nivel de profundidad que han tenido los cambios en áreas tan sensibles como son las políticas de atención a la pobreza, alimentación, sistema pensionario, educación o salud, que marcan lo complicado que es rehacer el Estado de Bienestar.

Al final, la idea central es que se requiere con urgencia transitar a un Sistema Universal de Salud, financiado con impuestos y de alcance redistributivo, la gran pregunta es cómo debe ser su diseño e implementación, aquí el consenso es nulo.

## **Bibliografía**

Brachet-Márquez, V. (1996). *El pacto de dominación. Estado, clase y reformas sociales en México (1910-1995)*. El Colegio de México.

Casar, M. A. (2014). *Para entender la reforma de las instituciones políticas del Estado mexicano*. Nostra.

Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del estado del bienestar*. Alfons El Magnanim.

Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Ariel.

Frenk, J. (1997). Las dimensiones de la reforma del sistema de salud. En Ruiz Durán (Coord.), *Sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI*. Diana.

Guillén D. y Melo, G. (2009). Reforma a la ley del ISSSTE. En Hernández, Del Tronco y Sánchez. (Eds.), *Un Congreso sin mayorías. Mejores prácticas en negociación y construcción de acuerdos*. FLACSO-México.

López Arellano, O. y Blanco Gil, J. (2007). Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. En Jarillo Soto y Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Lugar editorial.

Peña Nieto, E. (2011). *México, la gran esperanza: un estado eficaz para una democracia de resultados*. Grijalbo.

Solís, F. (1997). Perspectivas del sistema de pensiones. En Ruiz Durán (Coord.), *Sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI*. Diana.

Tetelboin, C. (2007). Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina. En Jarillo Soto y Guinsberg (Eds.) *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Lugar editorial.