



POR PABLO CABANAS DÍAZ

Credencial única de salud

La presidenta Claudia Sheinbaum anunció el arranque de la llamada credencial única, una iniciativa que busca ordenar el acceso al sistema sanitario mediante un proceso de identificación nacional que asignaría a cada persona una clínica, centro de atención u hospital de referencia según su lugar de residencia y permitiría, además, la consulta de un expediente médico compartido entre distintas unidades. La medida se inscribe en el intento de dotar de coherencia a un sistema históricamente fragmentado, en el que el derecho a la atención ha dependido más de la adscripción institucional que de la necesidad médica.

México nunca consolidó un Estado de bienestar pleno, pero sí inscribió en su Constitución la promesa del derecho a la salud.

El problema es que esa promesa se edificó sobre una base profundamente desigual.

La fragmentación del sistema de salud mexicano es el resultado histórico de un modelo de desarrollo que distribuyó la protección social de manera selectiva, vinculándola al empleo formal y relegando a millones a esquemas precarios. Como ha señalado Asa Cristina Laurell, referente central de la crítica de izquierda en salud pública, "la segmentación no es un accidente técnico, sino una forma histórica de organización que reproduce la desigualdad social y limita el ejercicio efectivo del derecho a la salud".

Los datos confirman esta arquitectura de la desigualdad. México destina alrededor del 5.5 % de su PIB al gasto en salud, muy por debajo del promedio de la OCDE, que supera el 9 %.

Más aún, más del 40 % del gasto total en salud proviene directamente del bolsillo de los hogares, uno de los niveles más altos entre los países industrializados. En estas condiciones, la enfermedad no sólo es un problema clínico: es un riesgo financiero que empuja a millones a la precariedad. A ello se suma una dotación insuficiente de personal médico –2.4 médicos por cada mil habitantes frente a 3.7 en promedio en la OCDE– y profundas brechas territoriales que reproducen el mapa histórico de la desigualdad nacional. Sobre esta base se edificó un sistema segmentado.

El IMSS concentra la mayor parte de la infraestructura hospitalaria de segundo y tercer nivel y atiende a la población trabajadora formal. Al cierre de noviembre de 2025 registró más de 24.1 millones de afiliaciones asociadas a un patrón, lo que se traduce en un universo mucho mayor de derechohabientes potenciales. El ISSSTE, por su parte, atiende a cerca de 14 millones de personas, con costos per cápita más elevados y una estructura médica igualmente sometida a presión.

A estos subsistemas se suman los servicios estatales de salud, históricamente subfinanciados y profundamente desiguales; el sistema de salud de Pemex, afectado por el deterioro financiero de la empresa y la obsolescencia de su infraestructura; y el sistema sanitario de las Fuerzas Armadas, que atiende a aproximadamente 870 mil personas.

Cada uno opera bajo reglas distintas, con capacidades heterogéneas.

El acceso a la salud depende así menos de la necesidad clínica que de la adscripción institucional, una lógica que contradice cualquier noción sustantiva de universalidad.

El Seguro Popular intentó administrar esta desigualdad ampliando la afiliación sin transformar las capacidades reales del sistema. Su desaparición evidenció sus límites. El INSABI, que prometió atención universal y gratuita, fracasó en su implementación: cambios normativos constantes, ruptura con los gobiernos estatales, problemas graves de abasto y observaciones reiteradas de la Auditoría Superior de la Federación.

El derecho fue proclamado; la garantía, postergada. El IMSS-Bienestar emerge hoy como la apuesta central para la población sin seguridad social laboral. Sin embargo, carga con déficits estructurales que no se resuelven con plataformas digitales ni con credenciales únicas: escasez de especialistas, hospitales inconclusos, carencias de equipamiento y una integración desigual de los sistemas estatales. La reapertura reciente de quirófanos cerrados por falta de personal o fallas técnicas ilustra una verdad incómoda: el problema nunca fue la ausencia del derecho, sino la ausencia de capacidad material.

Como advirtió Vicente Navarro –con la lucidez de quien entiende al sistema de salud como un campo de poder y no como un trámite administrativo–, creer que una credencial única revertirá esta trayectoria es una ilusión tecnocrática. La universalidad no nace de interconectar plataformas digitales desiguales, sino de igualar capacidades reales: infraestructura, personal suficiente, abasto continuo y atención digna.

*pcdmx2025@proton.me

El contenido de esta columna es responsabilidad exclusiva del columnista y no del periódico que la publica.

Méjico nunca consolidó un Estado de bienestar pleno, pero sí inscribió en su Constitución la promesa del derecho a la salud... La fragmentación del sistema de salud mexicano es el resultado histórico de un modelo de desarrollo que distribuyó la protección social de manera selectiva, vinculándola al empleo formal y relegando a millones a esquemas precarios