



Servicio Universal de Salud: más preguntas indispensables

GUSTAVO LEAL F.

En conferencia matutina (22/10/25), la presidenta Sheinbaum preguntó: “¿cómo se va a hacer el Servicio Universal de Salud (SUS)? Con una cámara de compensación. Para eso necesitan digitalizarse todos los servicios. Llega Claudia Sheinbaum al IMSS. Yo tengo Issste, pero estoy en un lugar donde no puedo acceder a mi centro de salud porque salí de la CDMX y queda más cerca para cualquier tema (sea éste en específico de atención de cáncer o posteriormente vamos a hacer para todos los servicios) una clínica del IMSS, una Unidad de Medicina Familiar. El IMSS te registra y en dos meses tiene que pedirle el recurso al Issste de la atención que recibió la derechohabiente Sheinbaum del Issste que se atendió en IMSS. Para poder hacer los servicios universales se requiere digitalizar todos los servicios y una cámara de compensación para que, si me atendí en un hospital que no corresponde a mi derechohabencia, esa insti-

tución le pueda decir al Issste, ‘atendí a esta persona’ y se haga transferencia de los recursos; o si del IMSS se atendió en Issste, o si el IMSS-Bienestar atendió un derechohabiente IMSS”.

Mientras, la subsecretaria de Hacienda, Bertha Gómez, agregó que México “camina” hacia la transición de un SUS que “integre” instituciones públicas y “que no haya restricción alguna para que una persona sea atendida en cualquier unidad médica de cualquiera de estos sistemas”. Descartó que ello signifique “desaparición” del IMSS, IMSS-Bienestar o Issste, y subrayó que estas instituciones “tienen” responsabilidades “más allá de la atención a la salud”, como son las pensiones. El SUS se refiere “única y exclusivamente a atención médica de la persona”: que pueda ser atendida, de acuerdo con la urgencia/necesidad que tenga, en “cualquiera” de los sistemas de salud “con independencia” de que tenga o no derechohabencia. De esto “se trata”. No “desaparece” el IMSS, ni el Issste, ni sus “responsabilidades” con los trabajadores o afiliados “más allá” de los servicios de salud”. Los recursos destinados a salud,



agregó, son “superiores” 6.4 por ciento, con lo que se “busca” garantizar mantenimiento/equipamiento de unidades, ampliar capacidad hospitalaria, del personal médico y enfermería, así como abasto oportuno de medicamentos/insumos para la atención (*El Heraldo*, 22/10/25).

Ante este proyecto, además de lo señalado en SUS: riesgos a capitulación frente a las reformas neoliberales (*La Jornada*, 28/12/25) y SUS: preguntas indispensables, (*La Jornada*, 3/1/26) conviene preguntar: ¿Cuál es el horizonte de implementación para que el SUS opere plenamente? ¿Cuál es la fórmula de la cámara de compensación y qué criterios empleará para transferir recursos? ¿Qué catálogo de costos de qué subsistema subsistirá, tomando en cuenta que cada institución tiene costos diferentes?

¿Cómo se evitará que persistan diferencias de trato, calidad o condiciones de acceso entre derechohabientes de cada institución si permanecen múltiples sistemas paralelos?

Si el registro nacional empezará en enero de 2026 y para 2027 se podrá “atender” en cualquier institución, ¿qué mecanismos de seguimiento/evaluación/sanción se establecerán si –para 2027– el objetivo no se cumple? ¿Qué indicadores para medir que “una buena parte de las enfermedades” ya no dependan de la institución de afiliación?

Dado que SUS requerirá que “todos” dispongan de credencial para poder compartir su historial médico, ¿cómo se protegerán datos personales e interoperabilidad entre sistemas? ¿En qué institución residirán las bases de datos? ¿Quién

asumirá responsabilidades frente a fallas de seguridad o pérdida de información?

Si IMSS-Issste-IMSS-Bienestar atenderán cualquier derechohabiente y en dos meses solicitarán la transferencia de los recursos que se invirtieron en esa atención, ¿qué sucederá si no la hay? ¿Habrán penalización, ajustes automáticos o rendición de cuentas para la institución que quedó sin pago? ¿Se considera la participación de la SHCP para retener recursos y transferirlos de la institución deudora a la que prestó el servicio?

Además, para el diputado morenista Alfonso Ramírez Cuéllar, el gasto programable 2026 para el SUS apenas suma 965 mil millones de pesos: un incremento real de 5.9 por ciento respecto a 2025 y donde el IMSS concentra más de 58 por ciento: 556 mil millones con un gasto por persona afiliada igual a 10 mil pesos, mientras el IMSS-Bienestar concentra 17 por ciento: 167 mil millones de pesos con un gasto por afiliado de 4 mil pesos, a lo cual suma alegremente –sin que guarden relación con el SUS– Salud Casa por Casa, La Clínica es Nuestra y el abasto de medicamentos, para rematar pontificando que, alcanzar la universalidad en la atención médica, representa un reto logístico-presupuestal mayúsculo: integración de bases de datos, redes hospitalarias y personal médico que requerirá continuidad financiera y gestión técnica rigurosa. Así que el incremento de 5.9 por ciento deberá probar si es suficiente para financiar el SUS sin comprometer la calidad de los servicios (*El Heraldo de México*, 3/11/25).

UAM-X