

# Propuesta de unificación del IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar



Una propuesta para consolidar la portabilidad de los servicios de atención médica.

Fiscalia - C.I.F.

## CURRICULUM

La fragmentación del sistema público de salud en México —con diversas instituciones que atienden población distinta (trabajadores formales, servidores públicos, población sin seguridad social)— ha sido señalada como una de las barreras a la universalidad, equidad y eficiencia del gasto en salud. En este contexto, el anuncio del 6 de octubre de 2025 por la presidenta Claudia Sheinbaum de avanzar hacia un “sistema universal de salud” que permita la atención indistinta en IMSS, ISSSTE o IMSS-Bienestar, representa un cambio estratégico de gran envergadura.

A continuación, se analizan los elementos técnicos de la propuesta: los ejes de implementación, las implicaciones de gobernanza, financiamiento, interoperabilidad, así como los principales riesgos.

### Marco de la propuesta

El 6 de octubre de 2025, Sheinbaum anunció que, con el fin de garantizar acceso universal a la salud, se trabajará para que en 2027 las personas puedan atenderse en cualquier institución pública de salud del sistema (IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar) sin importar la adscripción. En ese marco, a partir de enero de 2026 se prevé iniciar el registro nacional universal de salud y la emisión de una credencial única para todos los ciudadanos, como paso administrativo clave. Posteriormente, el 22 de octubre de 2025, se puntualizó que el sistema operará con un mecanismo de “cámara de compensación” entre instituciones, sustentada en digitalización de servicios.

Las instituciones involucradas son:

- **IMSS:** institución mayoritaria en seguridad social para trabajadores del sector privado.
- **ISSSTE:** institución que brinda servicios de salud, pensiones y seguridad social para trabajadores del Estado.
- **IMSS-Bienestar:** organismo que absorbe la atención de salud para personas sin seguridad social, tras la extinción de otros esquemas (como Instituto de Salud para el Bienestar / Seguro Popular).

La propuesta implica que estas instituciones operen coordinadamente y permitan la **portabilidad del servicio** sin que los usuarios estén sujetos al instituto que tradicionalmente les correspondía.

### Diseño técnico de la transición

El diseño técnico de la transición hacia un sistema nacional de salud universal constituye el núcleo operativo de la propuesta presidencial. En este apartado se definen los mecanismos mediante los cuales las instituciones públicas de salud —IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar— deberán coordinarse para ofrecer servicios integrados, interoperables y financieramente compensados. Este rediseño implica pasar de un esquema fragmentado, basado en derechohabencia institucional, a un modelo funcional centrado en la persona, con identidad sanitaria única, expediente clínico digital compartido y una cámara de compensación que regule el flujo de recursos entre instituciones. La viabilidad de la reforma dependerá de la correcta ejecución de estos ejes técnicos, así como de la capacidad de digitalización y estandarización que alcancen las entidades participantes. El proyecto contempla los siguientes ejes técnicos:

- 1. Registro nacional y credencial única**
  - En enero de 2026 se inicia el registro de todos los ciudadanos al nuevo “Sistema Nacional de Salud” y la emisión de una credencial permanente para identificar al usuario.
  - Esta credencial permitirá que una persona sea atendida en cualquier institución pública del sistema, independientemente de su derechohabencia original.
  - El expediente clínico digital único se integra con la credencial, permitiendo continuidad de atención entre instituciones.
- 2. Interoperabilidad y digitalización**
  - Las instituciones deberán migrar a plataformas de datos interoperables, con estándares técnicos comunes (mencionados, por ejemplo, en el análisis como necesarios: FHIR, HL7) para garantizar que los datos clínicos puedan seguir al paciente.
  - Se requiere infraestructura de TIC, sistemas de gestión clínica unificados y protocolos de intercambio y resguardo de datos.
- 3. Cámara de compensación financiera interinstitucional**
  - El mecanismo ayuda a que, si un derechohabiente de ISSSTE es atendido en un hospital del IMSS, esta prestación sea pagada por medio de un esquema de compensación entre instituciones.
  - Esto implica que los recursos públicos destinados a cada institución deban fragmentarse y transferirse dependiendo de donde se brinde la atención; cambia el modelo tradicional de financiamiento institucional por uno funcional por persona/servicio.
- 4. Fases de implementación**
  - Fase 1 (2026): Registro nacional y emisión de credencial única; inicio de integración de sistemas y pilotaje de interoperabilidad.
  - Fase 2 (2027): Operación plena del sistema universal, con atención indistinta en cualquiera de las instituciones, compensación financiera activa y credencial operando.
  - Esta hoja de ruta aparece en medios como objetivo gubernamental.

### Implicaciones clave para gobernanza, financiamiento y operación

La unificación del sistema de salud mexicano plantea profundas implicaciones en tres ejes estratégicos: la gobernanza, el financiamiento y la operación institucional. Estos ámbitos representan los pilares sobre los cuales deberá construirse la viabilidad del nuevo modelo universal, pues su éxito dependerá de la capacidad del Estado para

armonizar marcos normativos, garantizar la sostenibilidad presupuestaria y adaptar la infraestructura y los procesos clínicos a una red interoperable. El análisis de estas dimensiones permite identificar tanto las oportunidades como los riesgos que acompañan la transición hacia un sistema de salud verdaderamente integrado y centrado en las personas.

#### Gobernanza institucional

- Será necesaria la reformulación de los marcos normativos que rigen a IMSS, ISSSTE y IMSS-Bienestar para permitir la portabilidad y compensación interinstitucional. Los análisis lo señalan como un reto: “incógnitas sobre la unificación”.
- Coordinación entre las instituciones y la Secretaría de Salud respecto de estándares de calidad, información clínica, territorios de servicio, y flujos de financiamiento.
- Es preciso definir claramente el órgano rector del sistema universal, su estructura técnica, mecanismos de rendición de cuentas y supervisión.

#### Financiamiento

- Los recursos públicos para salud tendrán que adaptarse a un modelo de asignación más funcional: por persona/servicio atendido, no únicamente por institución.
- Según reportes, el presupuesto del sector salud propuesto para 2026 es de alrededor de 2.4 billones de pesos, lo que muestra la magnitud financiera requerida.
- Riesgo: sin una correcta calibración del mecanismo de compensación, podrían generarse tensiones presupuestales entre instituciones que atienden muchas “extranjeras institucionales” (usuarios de otra institución).
- También se requiere evaluación de costos, pues la atención universal sin barreras puede incrementar la demanda y los costos variables de operación.

#### Operación e infraestructura

- Infraestructura clínica, personal de salud (médicos, enfermería, técnicos), insumos y medicamentos deben tener capacidad para absorber la demanda potencial adicional.
- Los análisis apuntan que el desafío técnico de digitalización y sistemas de información es significativo: sin estándares y sin interoperabilidad, la continuidad de atención se verá comprometida.
- La heterogeneidad regional (capacidad de los estados, condiciones de salud, infraestructura) es una barrera comprobada de reformas previas en México.
- Se deberá asegurar la calidad homogénea de atención entre instituciones para evitar inequidades en la práctica.

#### Principales riesgos y barreras

La transición hacia un sistema de salud universal conlleva desafíos significativos que pueden comprometer su éxito si no se gestionan adecuadamente. Los principales riesgos técnicos, financieros, institucionales y políticos que enfrenta la implementación del modelo, los cuales van desde la desigualdad de capacidades entre instituciones hasta los retos de digitalización, sostenibilidad y adaptación cultural, se analizan a continuación.

- **Desigualdad de capacidad institucional:** Si IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar cuentan con capacidades muy desiguales, la unificación operativa puede acentuar los cuellos de botella o concentrar la demanda en la institución más accesible, generando saturación.
- **Rezago en digitalización y estándares:** Si los sistemas no son interoperables o seguros, existe riesgo de fallas en la continuidad clínica, duplicidad de estudios, pérdida de datos o vulneración de la privacidad.
- **Complejidad financiera:** El mecanismo de compensación interinstitucional implica flujo de recursos que debe medirse, auditarse y supervisarse para evitar desbalances, subfinanciamiento o incentivos perversos.
- **Cambio cultural y de procesos:** Usuarios, médicos y administradores deben adaptarse a la nueva lógica de servicio “sin importar derechohabencia”. Esto requiere gestión de cambio, capacitación y comunicación.
- **Sostenibilidad política:** La operación a partir de 2027 debe ser acompañada por compromisos de largo plazo, presupuesto continuo, indicadores de seguimiento y no depender únicamente del ciclo político.

#### Oportunidades y beneficios potenciales

A pesar de los retos, la propuesta de unificación del sistema de salud abre un amplio espectro de oportunidades para fortalecer la equidad, eficiencia y calidad de la atención médica en México. Estos elementos representan el potencial transformador de la reforma si logra ejecutarse con solidez técnica y sostenibilidad financiera:

- Mejora de la equidad en el acceso: Las barreras por derechohabencia —que han obstaculizado acceso geográfico o institucional— se reducen si efectivamente una persona puede atenderse en la unidad más cercana.
- Eficiencia operativa: Menos duplicidades administrativas, menor fragmentación de servicios, mejor aprovechamiento de infraestructura y personal.
- Continuidad clínica: El expediente clínico digital único permitiría seguimiento integral del paciente independientemente de la institución que lo atienda, mejorando la calidad del servicio.
- Datos para la planeación: Un registro nacional único facilita el análisis epidemiológico, la asignación de recursos y la prevención de enfermedades.
- Mejor cobertura: La meta de 2027 para sistema universal abre la posibilidad de atender poblaciones tradicionalmente rezagadas.

#### Conclusión

La propuesta de unificar los sistemas públicos de salud bajo un esquema de atención universal sin importar derechohabencia representa un salto estructural en la política sanitaria mexicana. El diseño técnico contempla elementos relevantes como credencial única, expediente clínico digital e interoperabilidad, así como un mecanismo de cámara de compensación para financiar la atención entre instituciones. No obstante, su éxito dependerá de la gestión técnica, institucional y política: interoperabilidad efectiva, suficiencia presupuestaria, infraestructura y personal, y la capacidad de realizar la transición sin desatender la atención existente.

Desde un punto de vista analítico, esta iniciativa debe considerarse como un proyecto de transformación de sistema, no simplemente una reforma administrativa. Por tanto, requiere un riguroso seguimiento, evaluación y ajustes. Si se implementa adecuadamente, tiene el potencial de mejorar la equidad, la cobertura y la eficiencia del sistema de salud. Pero si se enfrenta a fallas en los procesos técnicos o de financiamiento, podría acentuar las inequidades existentes o generar sobrecarga institucional.