



20 de abril de 2026.

IMPLICACIONES FINANCIERAS Y OPERATIVAS DEL SERVICIO UNIVERSAL DE SALUD

1.1 Contexto

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el **17 de abril de 2026**, el Decreto crea el **Servicio Universal de Salud (SUS)** con fundamento en el artículo 89, fracción I de la Constitución, en concordancia con los artículos 4° (derecho a la salud), 123-A y 123-B (seguridad social) y 134 (uso eficiente de recursos públicos). En el plano legal, se sustentan también los artículos 77 bis 1 y 77 bis 8 de la Ley General de Salud, que establecen el acceso gratuito para personas sin seguridad social y el deber de compensación interinstitucional.

El SUS se define expresamente como un "**mecanismo obligatorio de coordinación e integración operativa**" entre instituciones públicas federales de salud. No crea una nueva entidad ni elimina las existentes; es un marco de red con reglas de intercambio de servicios y compensación financiera.

1.2 Instituciones que integran el SUS (Art.2)

INSTITUCIÓN	RÉGIMEN	POBLACIÓN OBJETIVO
IMSS	Obligatorio	Trabajadores sector privado formal y familias
ISSSTE	Obligatorio	Trabajadores del Estado y familias
IMSS Bienestar	Obligatorio	Población sin seguridad social (entidades concurrentes)
PEMEX	Régimen especial (hasta 3 años)	Trabajadores y familias de Pemex
Hospitales Federales de Referencia	Obligatorio	Derivaciones de alta especialidad
Institutos Nacionales de Salud / CCINSHAE	Obligatorio	Alta complejidad; preferentemente sin seguridad social
Servicios de salud de entidades federativas (no concurrentes IMSS-B)	Voluntario / adhesión	Población local sin seguridad social



1.3 Rectoría, gobierno y operación (Art. 3, 4 y 11)

INSTANCIA	FUNCIÓN
Secretaría de Salud	Rectoría, emisión de lineamientos, supervisión y vigilancia nacional, interpretación del decreto
SISCoSAM	Coordinación operativa del esquema de compensación, administración del padrón nacional, mediación interinstitucional, seguimiento y vigilancia federalizada
Comités interinstitucionales especializados	Coordinación técnica, legal, financiera y presupuestal entre instituciones; propuesta de estrategias y seguimiento a la implementación. Cargos honoríficos (sin remuneración adicional)
SHCP	Aprobación del esquema de compensación, vigilancia del cumplimiento de erogaciones, adecuaciones presupuestarias, interpretación y disposiciones complementarias en materia presupuestal

1.3.1 El papel de la SHCP

El Decreto confiere a la SHCP un rol de autoridad de segunda instancia con poder de veto y supervisión sobre toda la dimensión financiera del SUS. Sus atribuciones están distribuidas el Arts., 5 y el sexto transitorio:

- Aprueba el esquema de compensación.
- Aprueba techos de gasto y presupuestación.
- Vigilancia y cumplimiento de erogaciones, y
- Interpretación presupuestal.

Cabe hacer notar que se establece una periodicidad mínima mensual: el decreto fija que la restitución de erogaciones debe realizarse con periodicidad mínima mensual (Art. 5°, tercer párrafo), lo que obliga a la SHCP a establecer un mecanismo de liquidación de ciclo corto, no trimestral ni anual.



El mecanismo de compensación es el corazón operativo-financiero del SUS. El decreto lo define con los siguientes elementos estructurales:

Elemento	Disposición del Decreto
Principio	Compensación presupuestaria y financiera entre instituciones: quien atiende a un paciente ajeno cobra a la institución de origen (Art. 2°)
Aprobación	SHCP debe aprobar los instrumentos jurídicos y mecanismos (Art. 5° y Transitorio Sexto)
Periodicidad	Restitución mínima mensual; la SISCoSAM es la instancia coordinadora (Art. 5°)
Trazabilidad	Se requieren responsables, plazos, herramientas tecnológicas y medios de validación para conciliar diferencias entre registros presupuestarios, contables y operativos (Art. 5°)
Plazo 2026	No se autorizan recursos adicionales; costos del SUS se absorben en presupuestos vigentes (Transitorio Décimo)
Plazo Fase 1	Mecanismos operativos de compensación deben estar listos antes del 1 de enero de 2027 (Transitorio Tercero)
PEMEX	Régimen especial: su integración puede tomar hasta 3 años (Transitorio Séptimo)
Rendición de cuentas	Transparencia en la trazabilidad de recursos, pago oportuno y efectiva rendición de cuentas (Art. 5°)

1.4 Cronograma de implementación

PLAZO	ACCIÓN	RESPONSABLE
Inmediato (vigencia)	Decreto en vigor desde el 17 de abril de 2026	Presidencia de la República
10 días hábiles	Coordinación para que la credencial de salud sea identificación oficial válida	Sec. Salud / SEGOB (RENAPO)
30 días hábiles	Suscripción del convenio de colaboración para credencialización	Sec. Salud, SEGOB, Bienestar, ATDT
30 días hábiles	Constitución de los comités interinstitucionales especializados	Secretaría de Salud
60 días hábiles	Emisión y aprobación de mecanismos de compensación presupuestaria (con SHCP)	Sec. Salud / SHCP



PLAZO	ACCIÓN	RESPONSABLE
90 días hábiles (desde comités)	Emisión de lineamientos de acceso y operación del SUS	Sec. Salud + Comités
1 año	Adecuaciones normativas, administrativas y tecnológicas de todas las instituciones	IMSS, ISSSTE, IMSS-B, demás
1 enero 2027 (Fase 1)	Urgencias, embarazo alto riesgo, infarto, eventos cerebrovasculares, continuidad tratamientos, vacunación universal, consulta primaria	Todas las instituciones del SUS
1 julio 2027 (Fase 2)	Laboratorio, gabinete (TAC, US, RM), radioterapia	Todas las instituciones del SUS
Hasta 3 años	Incorporación completa de PEMEX (régimen especial)	PEMEX

1.5 Plataforma digital

El SUS construye su operación sobre tres instrumentos digitales interconectados:

- **Padrón nacional (Art. 7°):** administrado por SISCoSAM, identificador único = CURP, registro gratuito y universal.
- **Credencial de salud (Arts. 8° y 9°):** con dos códigos QR: uno para validar derechohabencia en tiempo real y otro para verificar identidad (a cargo de SEGOB/RENAPO). Vinculada al expediente clínico electrónico.
- **Expediente clínico electrónico (Art. 8°):** permite al personal de salud autorizado consultar antecedentes, diagnósticos, tratamientos, laboratorios, vacunación e información de atenciones previas. Interoperable entre instituciones mediante protocolos estandarizados.
- **App de salud (Art. 9°):** a cargo de la Agencia de Transformación Digital y Telecomunicaciones (ATDT); funcionalidades: citas en línea, acceso al expediente y visualización de recetas electrónicas.

1.6 Valoración estratégica

1.6.1 Oportunidades

- **Certeza jurídica:** el decreto da fuerza legal vinculante al SUS como mecanismo obligatorio.



- Protección explícita de la operación sustantiva de cada institución: participación según capacidades.
- Compensación mensual mínima protege la liquidez de las instituciones más débiles.
- La SHCP tiene rol de garante activo: puede exigir adecuaciones presupuestarias.
- El uso del CURP como identificador único simplifica la interoperabilidad del padrón
- Implementación progresiva reduce riesgo de colapso por carga súbita

1.6.2 Riesgos y puntos críticos

- No se autorizan recursos adicionales en 2026: el SUS arranca sin presupuesto propio.
- La SHCP no tiene plazo para vigilar el cumplimiento post-compensación; queda en zona gris.
- PEMEX puede tardar hasta 3 años: la red estará incompleta durante las Fases 1 y 2.
- El decreto no define la tarifa por tipo de servicio: sin tarifas homologadas, la compensación puede ser inequitativa.
- 60 días hábiles para aprobar el esquema de compensación es muy ajustado dado el nivel de complejidad técnica.
- La participación de estados no concurrentes con IMSS Bienestar es voluntaria: fragmentación territorial persiste.

1.6.3 Viabilidad

1. **Financiamiento.** El Sistema Universal de Salud deberá contar con un financiamiento sostenido y multianual, de tal forma que su operación no se detenga.
2. **Mecanismo de compensación.** Este mecanismo, si bien novedoso, depende de la digitalización para que las instituciones puedan reembolsar los servicios prestados a un derechohabiente, por lo que deberán homologar las tarifas interinstitucionales.
3. **Infraestructura Tecnológica.** Este es otro gran reto. Se tiene planeado que ingresen a la plataforma del IMSS cerca de 50 millones de usuarios nuevos.
4. **Tiempo.** Este reto tecnológico debe estar listo, como señala las fases del Sistema, antes de enero de 2027 en el primer nivel de atención.

1.6.4 Implicaciones Financieras

- **Marco presupuestal de partida.** El Paquete Económico 2026 asigna 995 mil millones de pesos al sector salud, equivalente al 2.6% del PIB, muy por debajo del estándar internacional del 6% recomendado por la OMS., lo que limita la capacidad del sistema para responder adecuadamente a la demanda de servicios universales. A pesar de incrementos puntuales en el presupuesto anual, persisten recortes en comparación con



años anteriores y el gasto como proporción del PIB sigue siendo insuficiente. Esta situación genera presiones adicionales sobre las instituciones involucradas, ya que deben operar con recursos limitados mientras absorben una mayor cantidad de usuarios y enfrentan la necesidad de invertir en infraestructura tecnológica y hospitalaria.

- **El mecanismo financiero central.** El modelo operativo que sostiene la universalización es a través de transferencias interinstitucionales. El sistema operará con una "**mecanismo de compensación**": IMSS, ISSSTE e IMSS Bienestar podrán atender a cualquier derechohabiente y en un plazo de dos meses solicitar la transferencia de los recursos invertidos en esa atención a la institución a la que esté afiliado el paciente.

Este mecanismo tiene implicaciones de liquidez relevantes: las instituciones deberán absorber temporalmente el costo de atención de pacientes ajenos, con reembolso diferido. Para el ISSSTE y el IMSS Bienestar -las instituciones con mayor presión presupuestal- esto puede generar tensiones de flujo de caja que el decreto presidencial no resuelve por sí solo.

- **Inversión en infraestructura tecnológica.** El proyecto está respaldado por una inversión pública superior a 90 mil millones de pesos destinada a infraestructura hospitalaria, digitalización y fortalecimiento de la atención primaria: 50 mil millones para hospitales ya en proceso y 40 mil millones para nuevos proyectos, además de 2,500 millones para reactivar 260 quirófanos.

En materia de digitalización, el gobierno optó por no adquirir licencias privadas. El sistema a utilizar es el desarrollado internamente por el IMSS, que ya está siendo incorporado al IMSS Bienestar, y se trabaja en la interoperabilidad con el ISSSTE y Pemex. Se reconoce que habrá costos iniciales de equipamiento -computadoras, conectividad a internet en centros de salud- aunque proyecta ahorros a mediano plazo por eliminación de papelería y procesos analógicos.

1.6.5 Implicaciones Operativas

- **Desigualdad del gasto per cápita entre instituciones.** Para 2026, una persona con acceso a los servicios de Pemex tiene 6.3 veces más gasto per cápita que una persona sin seguridad social, debido a la caída en el gasto per cápita de quienes tienen IMSS Bienestar. Universalizar acceso sin homologar recursos por atención puede generar incentivos perversos: las instituciones mejor financiadas quedarán expuestas a mayor demanda sin compensación equivalente.
- **Déficit de afiliación preexistente.** El mayor retroceso del sistema en años recientes es la afiliación: el número de personas sin ninguna afiliación se duplicó, pasando de 22.2 millones en 2018 a 47.7 millones en 2024. La credencialización universal busca revertir esto, pero la magnitud del rezago es considerable.
- **Interoperabilidad tecnológica.** La integración de las plataformas del IMSS, ISSSTE e IMSS Bienestar implicará adoptar estándares como FHIR y HL7, garantizar la



trazabilidad de la información y fortalecer la ciberseguridad hospitalaria; sin ello, el intercambio de datos podría generar errores clínicos o vulneraciones a la privacidad.

- **Sostenibilidad multianual.** Los expertos advierten que sin homologar tarifas per cápita y de atención especializada, la universalización podría desestabilizar financieramente a las instituciones involucradas, y hacen necesaria la creación de un fondo nacional solidario de salud que equilibre las fuentes de financiamiento.

1.7 ¿Concesión nueva o mandato legal vigente?

- **Lo que YA es obligatorio:**

La atención universal en estos casos no es una concesión nueva, sino un mandato legal vigente:

- Urgencias, Parto, Código Infarto y Cerebro: La Ley General de Salud (Art. 55 y 71) obliga a todas las instituciones (públicas y privadas) a prestar atención inmediata y estabilizadora sin que la falta de pago o derechohabencia sea impedimento.
- Emergencias Obstétricas: El Art. 64 bis de la Ley General de Salud y el Convenio General de Colaboración Interinstitucional ya obligan al IMSS, ISSSTE y Salud a atender partos de emergencia y urgencias obstétricas de forma expedita e indistinta.

1.8 CONSIDERACIONES

- **Se debe considerar que es un instrumento de coordinación administrativa, no un plan de salud.** Define quién manda (Secretaría de Salud), quién opera (SISCoSAM), quién decide (Comités Interinstitucionales), cómo fluye el dinero entre instituciones (compensación mensual etiquetada), y cómo se identifica al paciente (credencial-CURP). Lo que **no define es qué se compra, a quién se contrata, ni cómo se amplía la oferta.** Eso se resolverá en los lineamientos de los próximos 90 días -que aún no existen- y en las reglas de operación. En ese espacio normativo pendiente está el verdadero campo de juego para la industria.
- Que el SUS llega justo cuando millones de pacientes de clase media están siendo empujados del sector privado al público. Esto significa que la demanda sobre el sistema que se está "universalizando" va a crecer más rápido de lo que se ha planificado, y que la narrativa de "cero rechazo" chocará pronto contra una realidad de capacidad instalada insuficiente.



- La fortaleza financiera del IMSS es real pero no cubre lo nuevo. El IMSS ha consolidado un panorama de sostenibilidad financiera hasta 2037, incrementando sus reservas técnicas de 200 mil millones de pesos en 2019 a 600 mil millones en 2025. Eso es una base sólida. Pero esa proyección fue calculada antes de asumir la carga del SUS.
- El mecanismo de compensación mensual entre instituciones -donde quien atiende a un paciente ajeno cobra a la institución de origen- es razonablemente bien diseñado en papel. Pero tiene un problema estructural que no está resuelto en el decreto: la asimetría de capacidad instalada entre instituciones.
- El IMSS tiene hospitales de alta especialidad, equipos de hemodinamia, radioterapia y tomografía. IMSS-Bienestar, que atiende a la población más vulnerable y sin seguridad social, tiene infraestructura de primer y segundo nivel en zonas rurales y semiurbanas. Cuando el SUS entre en operación en enero 2027, los pacientes de IMSS-Bienestar que necesiten Código Infarto o Código Cerebro van a buscar hospitales del IMSS o ISSSTE. La compensación financiera irá de IMSS-Bienestar al IMSS, es decir, de la institución más pobre del sistema a las más capitalizadas. Eso no es un error de diseño menor —es una transferencia estructural de recursos en sentido contrario a la equidad que el decreto dice perseguir.