Sistema Universal de Salud: una nueva organización territorial para Baja California Sur

Posted on 23 de julio de 2026 by José Jesús Flores Castro



Por: José Jesús Flores Castro

Diario Humano | La Paz, Baja California Sur. – Baja California Sur enfrenta uno de los desafíos territoriales más complejos para garantizar servicios médicos oportunos. El estado posee una superficie de 73 mil 909.4 kilómetros cuadrados, está dividido en cinco municipios y, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, tenía 798 mil 447 habitantes. Su densidad era de apenas 10.8 habitantes por kilómetro cuadrado, la más baja del país.

Sin embargo, el promedio estatal no explica por completo la realidad demográfica. Mientras Los Cabos concentraba 351 mil 111 habitantes y La Paz 292 mil 241 —en conjunto, más de ocho de cada diez habitantes del estado—, amplias regiones de Mulegé, Comondú y Loreto mantenían poblaciones pequeñas distribuidas en comunidades rurales, pesqueras, agrícolas y mineras separadas por grandes distancias.

Esta combinación de concentración urbana y dispersión territorial determina la forma en que debe organizarse la atención médica. En La Paz y Los Cabos se concentra la mayor parte de los hospitales, especialistas, laboratorios y estudios de mayor complejidad. En contraste, localidades del Pacífico Norte, la sierra, el Golfo de California y las zonas rurales dependen de centros de salud, consultorios, unidades de medicina familiar, hospitales comunitarios, ambulancias y traslados que pueden prolongarse durante varias horas.

La red pública está integrada por establecimientos del IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar y otras instituciones del sector. Cuando Baja California Sur se incorporó al modelo IMSS-Bienestar fueron transferidas 66 unidades: 57 del primer nivel, seis hospitales generales y tres unidades de especialidades médicas. A esta infraestructura se suman las unidades del IMSS y del ISSSTE, que atienden a sus respectivas poblaciones derechohabientes.

El IMSS reportó que su población derechohabiente en la entidad pasó de 491 mil personas en 2018 a 558 mil en 2023. También informó sobre la contratación de especialistas, la recuperación de unidades médicas y la construcción de un Hospital General Regional de 260 camas en Los Cabos. Estos datos muestran que existe una capacidad pública importante, pero distribuida entre instituciones que históricamente han funcionado con sus propios padrones, expedientes, presupuestos, ambulancias y procedimientos de referencia.

El problema de Baja California Sur no consiste solamente en la falta de infraestructura. También se relaciona con su fragmentación. En una misma ciudad puede existir un hospital con camas disponibles, mientras otra institución enfrenta saturación; un especialista puede encontrarse en una unidad pública, pero no atender a pacientes afiliados a otra; una ambulancia puede estar disponible, aunque administrativamente no pertenezca a la institución que solicita el traslado.

El decreto publicado el 17 de abril de 2026, mediante el cual se crea el Servicio Universal de Salud del Gobierno de México, abre la posibilidad de superar esas divisiones. Su primera etapa de intercambio de servicios está prevista para comenzar el 1 de enero de 2027.

El nuevo sistema no implica la desaparición del IMSS, del ISSSTE ni del IMSS-Bienestar. Cada institución conservará su personalidad, presupuesto, personal e infraestructura. El cambio deberá producirse en la operación: coordinar capacidades para que la población reciba atención conforme a su necesidad clínica y no solamente de acuerdo con su afiliación.

Para que este propósito funcione en Baja California Sur, se requiere una conducción estatal que traduzca el decreto federal en decisiones concretas. La primera medida debería ser constituir un Comité Estatal de Coordinación del Servicio Universal de Salud, encabezado por la autoridad sanitaria estatal e integrado por IMSS-Bienestar, IMSS, ISSSTE, servicios de urgencias, Protección Civil, autoridades municipales y las instituciones públicas que participen mediante convenios.

Este comité tendría que elaborar un diagnóstico único de la infraestructura disponible: ubicación de las unidades, número de camas, especialidades, horarios, quirófanos, laboratorios, equipos de imagenología, unidades de hemodiálisis, bancos de sangre, ambulancias, medicamentos críticos y personal médico existente.

No sería suficiente contar con un catálogo estático. Baja California Sur necesita un Centro Estatal de Coordinación Médica, activo las 24 horas, que disponga de información actualizada sobre la capacidad de cada hospital. Ante una urgencia, este centro determinaría dónde existe una cama, qué unidad cuenta con el especialista requerido y cuál es la ruta más segura para trasladar al paciente.

La referencia médica dejaría de realizarse únicamente dentro de la institución de origen. El criterio central sería combinar tres elementos: gravedad clínica, tiempo de traslado y capacidad resolutiva. La unidad receptora confirmaría previamente la aceptación y recibiría el expediente, los estudios y la información necesaria para continuar la atención.

Esta coordinación debe acompañarse de una reorganización territorial. Las jurisdicciones sanitarias pueden conservar sus funciones administrativas, epidemiológicas y preventivas, pero la prestación médica requiere regiones funcionales que respondan a las vías de comunicación y a los tiempos reales de desplazamiento.

Una regionalización adecuada podría dividir al estado en seis zonas: Pacífico Norte, Mulegé-Golfo Norte, Loreto, Comondú, La Paz y Los Cabos.

La región del Pacífico Norte comprendería Guerrero Negro, Vizcaíno, Bahía Tortugas, Bahía Asunción, Punta Abreojos, La Bocana y las comunidades cercanas. Por su lejanía de la capital, necesita capacidad permanente para atender urgencias, estabilizar pacientes, realizar estudios básicos y conectarse mediante telemedicina con especialistas.

Guerrero Negro y Vizcaíno deberían constituir el nodo principal de esta región. También sería indispensable fortalecer las ambulancias terrestres y establecer protocolos de traslado aeromédico para infartos, accidentes cerebrovasculares, traumatismos graves, urgencias obstétricas y otras situaciones en las que cada minuto modifica el pronóstico.

El carácter nacional del Servicio Universal de Salud permitiría, además, construir acuerdos interestatales. Para determinadas comunidades del norte puede resultar más rápido llegar a un hospital público de Baja California que recorrer el estado hasta La Paz. En esos casos, la frontera administrativa no debería imponerse sobre la seguridad del paciente.

La región de Mulegé-Golfo Norte tendría como centro hospitalario a Santa Rosalía e incluiría Heroica Mulegé, San Ignacio y las comunidades cercanas. El hospital regional debe contar con capacidad suficiente para resolver medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general, urgencias y hospitalización de mediana complejidad.

Los centros de salud de la región funcionarían como puertas de entrada para prevención, consulta general, seguimiento de enfermedades crónicas y estabilización. Los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad serían trasladados solamente después de confirmar qué hospital cuenta con los recursos necesarios.

Loreto requiere una organización propia por su ubicación entre Mulegé y Comondú. Su hospital comunitario debe

resolver urgencias, partos de bajo riesgo, hospitalización básica, estudios diagnósticos y consultas periódicas de especialidad. Dependiendo del padecimiento, la referencia podría dirigirse a Ciudad Constitución o La Paz, evitando establecer una sola ruta para todos los casos.

En Comondú, el Hospital General de Ciudad Constitución debe consolidarse como centro regional del estado. Su fortalecimiento permitiría resolver cirugía general, medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, traumatología básica, laboratorio e imagenología sin enviar automáticamente a los pacientes a la capital. Ciudad Constitución también podría concentrar consultas programadas de especialistas provenientes del IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar. Esta estrategia acercaría la atención a la población de Puerto San Carlos, Ciudad Insurgentes, Puerto Adolfo López Mateos y las comunidades del Valle de Santo Domingo.

La Paz continuaría como el principal centro estatal para los servicios de mayor complejidad. No obstante, su función debe ser atender los casos que realmente requieran especialización, no recibir indiscriminadamente toda la demanda procedente de los municipios. La coordinación entre los hospitales de La Paz permitiría distribuir pacientes según especialidad, disponibilidad y capacidad resolutiva. Los tratamientos posteriores, la rehabilitación y el control de enfermedades crónicas deberían regresar a la unidad más cercana al domicilio del paciente mediante una contrarreferencia organizada.

La región de Los Cabos debe operar como una red hospitalaria propia, debido a su volumen poblacional y crecimiento acelerado. Las unidades de San José del Cabo y Cabo San Lucas tendrían que compartir información, servicios diagnósticos, especialistas y disponibilidad hospitalaria.

La infraestructura proyectada y existente en Los Cabos debe permitir que la mayoría de los casos de mediana y alta complejidad se resuelvan dentro de la región. Los traslados hacia La Paz quedarían reservados para procedimientos o especialidades que no puedan proporcionarse localmente. Esta regionalización debe ser flexible. Una persona de Los Barriles podría ser atendida en San José del Cabo cuando esa ruta resulte más rápida. Los habitantes de Todos Santos podrían dirigirse a La Paz o Cabo San Lucas según el servicio requerido. La geografía sanitaria debe adaptarse al paciente, no obligar al paciente a recorrer una ruta determinada únicamente por razones administrativas.

La organización territorial requiere un sistema único de referencia y contrarreferencia. La unidad de primer contacto valoraría al paciente, realizaría los estudios iniciales y solicitaría apoyo al centro coordinador. Una vez identificado el hospital receptor, se enviaría la información clínica y se organizaría el traslado. Después del alta, la persona regresaría a su localidad para continuar el tratamiento. Este procedimiento evitaría ambulancias recorriendo largas distancias sin aceptación hospitalaria, pacientes que llegan a unidades sin camas disponibles y familias obligadas a trasladarse de una institución a otra buscando atención.

El expediente clínico electrónico interoperable será esencial. Los médicos autorizados deberán consultar antecedentes, alergias, diagnósticos, estudios, recetas y tratamientos, aunque la persona haya sido atendida previamente en otra institución. Esto reducirá la duplicación de pruebas, facilitará la continuidad terapéutica y disminuirá riesgos. En las comunidades donde la conectividad es limitada, la plataforma tendrá que funcionar temporalmente sin acceso permanente a internet y sincronizarse posteriormente. La digitalización no puede

convertirse en una nueva barrera para las poblaciones rurales.

La telemedicina debe ocupar un lugar central en este modelo. Los centros de salud podrán conectarse con especialistas para revisar estudios, ajustar tratamientos, vigilar embarazos de riesgo y dar seguimiento a personas con diabetes, hipertensión, cáncer, insuficiencia renal o enfermedades cardiovasculares. No toda consulta requiere un traslado. En muchos casos, la valoración remota puede resolver dudas, definir estudios previos o determinar si la atención presencial es indispensable. Utilizada correctamente, la telemedicina reduce gastos familiares, evita desplazamientos innecesarios y mejora el uso de los especialistas.

También se necesita una red estatal de transporte sanitario. Las ambulancias deben coordinarse según cercanía y disponibilidad, aunque pertenezcan a instituciones diferentes. Para los casos críticos deben establecerse protocolos diferenciados de código infarto, código cerebro, urgencias obstétricas y traumatismos graves.

El intercambio de servicios tendrá que acompañarse de reglas financieras transparentes. Cuando una institución atienda a una persona afiliada a otra, el servicio deberá registrarse y compensarse conforme a costos previamente acordados. De esta forma se evitará que los hospitales con mayor capacidad absorban por sí solos la demanda y los gastos del sistema.

La puesta en marcha del Servicio Universal de Salud ofrece a Baja California Sur la posibilidad de pasar de varias redes separadas a una sola organización pública coordinada. No se trata de concentrar todas las decisiones en La Paz, sino de construir regiones médicas capaces de resolver localmente la mayor parte de los padecimientos y enlazarlas con los servicios estatales de mayor especialización.

El principio que debe orientar esta transformación es claro: ninguna persona debería ser rechazada, trasladada durante horas o enviada de una institución a otra cuando exista una unidad pública cercana con capacidad para atenderla. En un territorio tan extenso y disperso, la universalidad de la salud no puede medirse solamente por el número de hospitales construidos. También debe medirse por la capacidad de las instituciones para compartir recursos, coordinar decisiones y llegar oportunamente hasta las comunidades.