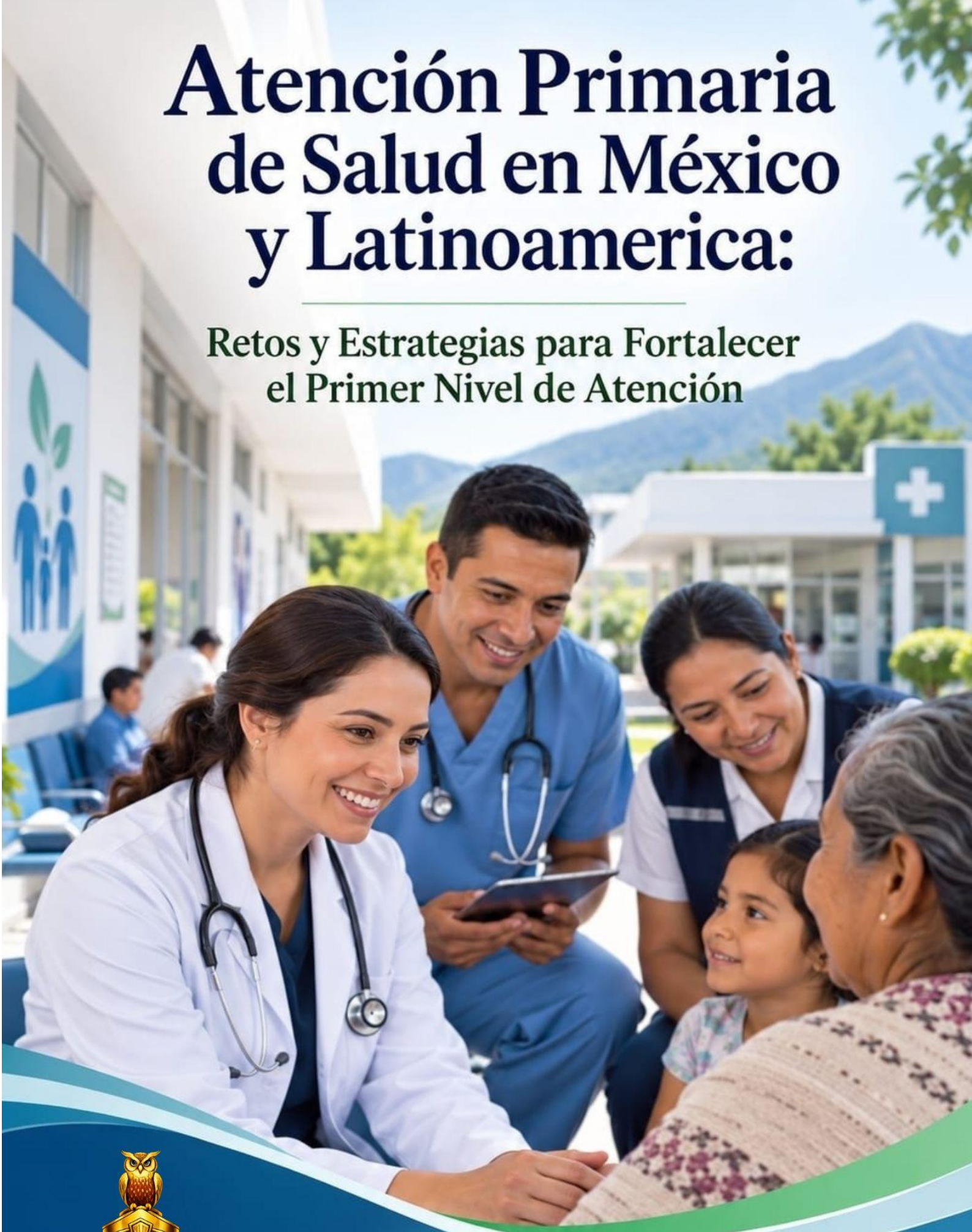
Atención Primaria de Salud en México y Latinoamerica:

Retos y Estrategias para Fortalecer el Primer Nivel de Atención



ATHENA NOVA
EDITORIAL

Moises Saldívar Aguilar
Iris Elizama Requena Lara
Mirian Anel López Basilio
Guillermo Saldierna Martínez
Luis Alberto Limón Montelongo
Amelia Lerma Salazar


ATHENA NOVA



ATHENA NOVA EDITORIAL

Atención Primaria de Salud en México y Latinoamérica:

Retos y Estrategias para Fortalecer el Primer Nivel de Atención

Autores:

Dr. Moisés Saldívar Aguilar
Dr. Guillermo Saldierna Martínez
Dra. Iris Elizama Requena Lara
Dr. Luis Alberto Limón Montelongo
Dra. Mirian Anel López Basilio
Dra. Amelia Lerma Salazar

CC BY NC SA

ATHENA NOVA EDITORIAL

Atención Primaria de Salud en México y Latinoamérica:

Retos y Estrategias para Fortalecer el Primer Nivel de Atención

ISBN: 978-9907-9581-9-5

CC BY NC SA



Licencia Creative Commons:

Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

(CC BY-NC-SA 4.0)

ATHENA NOVA
EDITORIAL

Primera Edición, noviembre 2026

Atención Primaria de Salud en México y Latinoamérica: Retos y Estrategias para Fortalecer el Primer Nivel de Atención

ISBN: 978-9907-9581-9-5
DOI: https://doi.org/10.64245/eanean57

Editado por:
Sello editorial: © AthenaNova S.A.S
Nº de Alta: 933832

Editorial: © AthenaNova
CUIL: 20630333971
Calle 45 N491 entre 4 y 5
Dirección de Publicaciones Científicas
Quito, Pichincha, Ecuador
Teléfono: +54 9 221 314 5902
Código Postal: AR1900

Diseño y Producción Editorial: Msc. Santillán, José Luis
Editor: PhD. Verenice Sánchez Castillo

Este libro se sometió a arbitraje bajo el sistema de doble ciego (peer review)

Revisado y publicado en Ecuador

AUTORES

Dr. Moisés Saldívar Aguilar
Secretaría de Salud de Tamaulipas, México
moises.saldivaraguilar@gmail.com
https://orcid.org/0009-0007-9955-3607

Dr. Guillermo Saldierna Martínez
Secretaría de Salud de Tamaulipas, México
drsaldi@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0003-0179-2185

Dra. Iris Elizama Requena Lara
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
iriselizama@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0005-6510-127X

Dr. Luis Alberto Limón Montelongo
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
drlimon2106@outlook.com
https://orcid.org/0009-0002-8409-0324

Dra. Mirian Anel López Basilio
IMSS Bienestar, México
Lopezmirian14@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0005-5032-1413

Dra. Amelia Lerma Salazar
Instituto Mexicano del Seguro Social, Régimen Ordinario, México
amelialerma0@gmail.com
https://orcid.org/0009-0006-7101-4524

Forma sugerida de citación: Saldívar Aguilar, M., Saldierna Martínez, G., Requena Lara, I. E., Limón Montelongo, L. A., López Basilio, M. A., & Lerma Salazar, A. (2026). *Atención primaria de salud en México y Latinoamérica: retos y estrategias para fortalecer el primer nivel de atención*. Athena Nova Editorial.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN 13
ABSTRACT 14
PRÓLOGO 15
INTRODUCCIÓN 17

CAPÍTULO 1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN MÉXICO Y LATINOAMÉRICA: TRANSFORMACIÓN, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS 24

1.1. Evolución y fundamentos contemporáneos de la atención primaria de salud en México 25

1.2. Organización del primer nivel de atención en México y su relación con los modelos latinoamericanos 28

1.3. Fragmentación del sistema, barreras de acceso y desigualdades territoriales en México 32

1.4. Retos actuales y perspectivas para fortalecer la atención primaria en México desde la experiencia latinoamericana 35

Reflexión final del capítulo 41

Referencias bibliográficas 46

CAPÍTULO 2. EQUIDAD, DETERMINANTES SOCIALES Y ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADA EN LAS PERSONAS Y COMUNIDADES 48

2.1. Determinantes sociales de la salud y desigualdades sanitarias en México 49

2.2. Atención primaria en poblaciones rurales, indígenas, migrantes y comunidades en situación de vulnerabilidad en México 52

2.3. Participación comunitaria, promoción de la salud y alfabetización sanitaria en el contexto mexicano 57

2.4. Interculturalidad, enfoque de género y atención centrada en la persona, la familia y la comunidad 60

Reflexión final del capítulo 63

Referencias bibliográficas 70

CAPÍTULO 3. NUEVAS PRIORIDADES EPIDEMIOLÓGICAS Y CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 72

3.1. Prevención y manejo integral de enfermedades crónicas no transmisibles prioritarias en México 73

3.2. Integración de la salud mental y las adicciones en el primer nivel de atención 76

3.3. Salud sexual, reproductiva, materna, infantil y atención integral durante el curso de vida 78

3.4. Prevención, detección temprana y seguimiento de enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes en México 80

Reflexión final del capítulo 84

Referencias bibliográficas 91

CAPÍTULO 4. TALENTO HUMANO Y EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS PARA UNA ATENCIÓN PRIMARIA FORTALECIDA 94

4.1. Formación y competencias del personal sanitario para el primer nivel de atención en México 96

4.2. Medicina familiar, enfermería y equipos interdisciplinarios en la organización del trabajo en salud 98

4.3. Distribución, retención y cobertura del talento humano en zonas rurales, indígenas y desatendidas 100

4.4. Condiciones laborales, bienestar profesional y prevención del agotamiento en el personal del primer nivel 105

Reflexión final del capítulo 101

Referencias bibliográficas 116

CAPÍTULO 5. TRANSFORMACIÓN DIGITAL E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 118

5.1. Transformación digital de los servicios del primer nivel de atención en México 119

5.2. Telemedicina y telesalud para ampliar el acceso y la continuidad asistencial en territorios con brechas de cobertura 121

5.3. Inteligencia artificial y sistemas de apoyo para la prevención, estratificación de riesgos y toma de decisiones clínicas 127

5.4. Interoperabilidad, expediente clínico electrónico, protección de datos, ética y brecha digital en salud 130

Reflexión final del capítulo 134

Referencias bibliográficas 142

CAPÍTULO 6. GESTIÓN, CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: ESTRATEGIAS PARA EL FUTURO 144

6.1. Gobernanza, financiamiento y asignación eficiente de recursos para fortalecer la atención primaria en México 145

6.2. Calidad, seguridad del paciente, capacidad resolutiva y evaluación de resultados en el primer nivel 149

6.3. Redes integradas de servicios, referencia, contrarreferencia y continuidad del cuidado 151

6.4. Atención primaria resiliente frente a emergencias sanitarias, cambio climático y desafíos futuros del sistema de salud mexicano 154

Reflexión final del capítulo 158

Referencias bibliográficas 170

Condiseraciones finales del capítulo.....171

CONCLUSIONES GENERALES DE LA OBRA 173

RECOMENDACIONES ,,,.....178

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 184

SEMBLANZAS DE LOS AUTORES 190

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la atención primaria de salud en México y modelos seleccionados de América Latina 31

Tabla 2. Retos prioritarios y estrategias para fortalecer la atención primaria de salud en México 39

Tabla 3. Poblaciones prioritarias, barreras de acceso y estrategias de atención primaria orientadas hacia la equidad en México 56

Tabla 4. Prioridades epidemiológicas crónicas y acciones resolutivas desde la atención primaria de salud 75

Tabla 5. Capacidades prioritarias del primer nivel frente a las nuevas necesidades epidemiológicas 83

Tabla 6. Desafíos y estrategias para fortalecer el talento humano del primer nivel de atención en México 103

Tabla 7. Aplicaciones digitales para fortalecer la atención primaria de salud 124

Tabla 8. Desafíos éticos y organizativos de la transformación digital en atención primaria 132

Tabla 9. Dimensiones estratégicas de gobernanza y financiamiento para fortalecer la atención primaria en México 148

Tabla 10. Componentes de una red integrada orientada a la continuidad del cuidado 153

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo integral para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en México 38

Figura 2. Ruta hacia la equidad en la atención primaria de salud centrada en las personas y comunidades 63

Figura 3. Prioridades epidemiológicas y capacidad resolutiva del primer nivel de atención..... 82

Figura 4. Ecosistema para el fortalecimiento del talento humano en atención primaria de salud 104

Figura 5. . Ruta asistencial para la atención mediante telesalud en el primer nivel..... 123

Figura 6. Modelo de atención integrado apoyado por telesalud en el primer nivel de atención.....131

Figura 7. Ecosistema de transformación digital para una atención primaria conectada, segura y equitativa 133

Figura 8. Modelo integrado para la sostenibilidad del primer nivel de atención 163

RESUMEN

El libro Atención primaria de salud en México y Latinoamérica: retos y estrategias para fortalecer el primer nivel de atención analiza los principales desafíos, transformaciones y oportunidades que enfrenta la atención primaria de salud en el contexto mexicano y latinoamericano. A lo largo de seis capítulos se examinan la evolución de la APS, la organización del primer nivel, las desigualdades territoriales, los determinantes sociales, la atención a poblaciones vulnerables y las nuevas prioridades epidemiológicas.

Asimismo, se abordan la formación y distribución del talento humano, el trabajo interdisciplinario, la transformación digital, la telemedicina, la inteligencia artificial y la interoperabilidad de los sistemas de información. El texto también profundiza en la gobernanza, el financiamiento, la calidad, la seguridad del paciente, la continuidad asistencial y la resiliencia frente a emergencias sanitarias y cambio climático.

Desde una perspectiva crítica, humanizada y comparativa, se proponen estrategias orientadas a fortalecer la capacidad resolutiva, la equidad, la participación comunitaria y la sostenibilidad del primer nivel, reconociendo a la APS como eje articulador para construir sistemas de salud más accesibles, integrados, preventivos y centrados en las personas.

Palabras clave: atención primaria de salud, primer nivel de atención, equidad sanitaria, sistemas de salud, México, Latinoamérica

ABSTRACT

The book Primary Health Care in Mexico and Latin America: Challenges and Strategies to Strengthen the First Level of Care analyzes the main challenges, transformations, and opportunities facing primary health care in the Mexican and Latin American context. Across six chapters, it examines the evolution of PHC, the organization of first-level services, territorial inequalities, social determinants of health, care for vulnerable populations, and emerging epidemiological priorities.

It also addresses health workforce training and distribution, interdisciplinary teamwork, digital transformation, telemedicine, artificial intelligence, and health information system interoperability. The book further explores governance, financing, quality, patient safety, continuity of care, and resilience in the face of health emergencies and climate change.

From a critical, human-centered, and comparative perspective, it proposes strategies aimed at strengthening problem-solving capacity, equity, community participation, and the sustainability of first-level services, recognizing primary health care as a coordinating axis for building health systems that are more accessible, integrated, preventive, and centered on people.

Keywords: primary health care, first level of care, health equity, health systems, Mexico, Latin America

PRÓLOGO

Hablar de atención primaria de salud es hablar del punto donde el sistema sanitario se encuentra con la vida cotidiana de las personas. Es en el primer nivel donde comienzan muchas historias de cuidado: una consulta que permite detectar a tiempo una enfermedad, una vacuna que previene una complicación futura, una conversación que orienta a una familia, una visita comunitaria que identifica una necesidad antes de que se convierta en una urgencia. También es allí donde se hacen visibles las desigualdades, las distancias, las barreras culturales, la falta de recursos y las dificultades que todavía enfrentan numerosos territorios para garantizar una atención oportuna y de calidad.

En México y Latinoamérica, la atención primaria ha recorrido un camino marcado por avances importantes, reformas institucionales y nuevas formas de comprender la salud. Sin embargo, persisten desafíos que obligan a mirar este nivel de atención con mayor profundidad. La fragmentación de los servicios, las brechas territoriales, la distribución desigual del talento humano, el aumento de las enfermedades crónicas, las necesidades de salud mental, la movilidad humana, las transformaciones tecnológicas y los efectos del cambio climático plantean un escenario cada vez más complejo.

Este libro surge precisamente de la necesidad de analizar estos desafíos desde una perspectiva amplia, actual y humanizada. No pretende limitarse a describir estructuras sanitarias o modelos de organización, sino comprender cómo esas estructuras afectan la experiencia concreta de las personas. Detrás de cada indicador de cobertura existe alguien que necesita ser atendido; detrás de cada problema de continuidad hay una persona que intenta encontrar respuestas; detrás de cada brecha territorial existe una comunidad que espera recibir servicios cercanos y confiables.

A lo largo de esta obra se abordan los principales componentes que pueden contribuir a fortalecer el primer nivel de atención en México, incorporando también aprendizajes provenientes de otras experiencias latinoamericanas. Se analizan la evolución de la atención primaria, los determinantes sociales de la salud, la equidad, las nuevas prioridades epidemiológicas, el papel de los equipos interdisciplinarios, la formación y distribución del talento humano, la transformación digital, la inteligencia artificial, la calidad, el financiamiento, la continuidad asistencial y la resiliencia frente a emergencias.

Por esta razón, la mirada propuesta en estas páginas intenta mantener siempre un equilibrio entre evidencia, organización sanitaria y dimensión humana. Los sistemas de salud necesitan datos, financiamiento y estrategias, pero también necesitan cercanía, sensibilidad y capacidad para comprender la diversidad de las comunidades a las que sirven.

Esperamos que esta obra pueda convertirse en un recurso útil para profesionales de la salud, docentes, estudiantes, investigadores, gestores y responsables de políticas públicas interesados en comprender y fortalecer la atención primaria. Más que ofrecer respuestas definitivas, busca generar preguntas, abrir posibilidades y promover una reflexión crítica sobre el futuro del primer nivel de atención.

La salud comienza donde existe cercanía, prevención y compromiso con las personas

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud constituye uno de los pilares fundamentales para avanzar hacia sistemas sanitarios más equitativos, accesibles, resolutivos y centrados en las personas. Su importancia trasciende la existencia de centros de salud o consultas de primer contacto, pues representa una forma de organizar el cuidado desde la prevención, la continuidad, la cercanía territorial y la comprensión integral de las necesidades individuales, familiares y comunitarias.

En México y América Latina, fortalecer la atención primaria continúa siendo una tarea prioritaria. La región ha experimentado importantes transformaciones sociales, demográficas y epidemiológicas que han modificado las necesidades de salud de la población. Al crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles se suman los problemas de salud mental, las enfermedades transmisibles, el envejecimiento poblacional, las desigualdades territoriales, la movilidad humana, la pobreza y las consecuencias cada vez más visibles del cambio climático. Estas condiciones exigen sistemas capaces de responder de forma oportuna, coordinada y sostenible.

En este escenario, el primer nivel de atención adquiere un papel estratégico. Es allí donde debería producirse el primer contacto con el sistema, pero también donde se construyen relaciones de confianza, se identifican riesgos, se promueven estilos de vida saludables, se detectan tempranamente enfermedades y se acompaña a las personas durante diferentes etapas de su vida. Cuando este nivel funciona adecuadamente, puede resolver una proporción significativa de las necesidades sanitarias y disminuir hospitalizaciones, complicaciones y gastos evitables.

Sin embargo, la realidad muestra que el acceso a estos beneficios no es uniforme. México continúa enfrentando retos relacionados con fragmentación institucional, desigualdades regionales, concentración del talento humano, capacidad resolutiva limitada y dificultades en la

continuidad del cuidado. Las diferencias entre zonas urbanas y rurales, así como las condiciones específicas de poblaciones indígenas, migrantes y comunidades socialmente vulnerables, evidencian que ofrecer el mismo modelo de atención en todos los territorios no garantiza necesariamente equidad.

Por ello, pensar la atención primaria desde una perspectiva contemporánea exige superar una visión estrictamente asistencial. La salud no depende exclusivamente de la consulta médica. Las condiciones de vivienda, educación, empleo, alimentación, transporte, género, cultura y entorno social influyen profundamente en las posibilidades de enfermar o mantenerse saludable. Una atención primaria fortalecida debe ser capaz de reconocer estos determinantes y actuar de manera coordinada con otros sectores y con las propias comunidades.

La experiencia latinoamericana ofrece aprendizajes valiosos para avanzar en esta dirección. Diferentes países han desarrollado estrategias basadas en salud familiar, territorialización, redes integradas, equipos interdisciplinarios y participación comunitaria. Si bien no existe un modelo único que pueda trasladarse de manera automática entre contextos, estas experiencias permiten identificar principios comunes que pueden orientar procesos de transformación adaptados a la realidad mexicana.

Otro elemento central es la necesidad de fortalecer el talento humano. Ninguna política de atención primaria puede sostenerse sin profesionales capacitados, distribuidos de manera equitativa y respaldados por condiciones laborales dignas. Médicos familiares, profesionales de enfermería, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, promotores comunitarios y otros perfiles deben trabajar de manera articulada, reconociendo que las necesidades actuales de salud superan las posibilidades de una atención fragmentada por disciplinas.

A este panorama se suma la transformación digital. La telemedicina, los sistemas de información, el expediente clínico electrónico y la inteligencia artificial están modificando de manera acelerada la prestación de servicios. Estas herramientas ofrecen oportunidades para ampliar cobertura, mejorar seguimiento y apoyar la toma de decisiones, especialmente en territorios con dificultades de acceso. No obstante, también plantean interrogantes relacionados con privacidad, interoperabilidad, brecha digital, sesgos y protección de datos. El desafío consiste en utilizar la tecnología para acercar el sistema a las personas, no para generar nuevas formas de exclusión.

La sostenibilidad constituye igualmente una preocupación central. Un sistema sanitario no puede considerarse fortalecido si sus avances dependen exclusivamente de programas temporales o si pierde capacidad frente a emergencias. Las experiencias recientes, especialmente la pandemia de COVID-19, demostraron la necesidad de contar con servicios de primer nivel capaces de mantener funciones esenciales mientras responden a crisis sanitarias. El cambio climático añade nuevos retos vinculados con enfermedades emergentes, eventos extremos, movilidad poblacional y vulnerabilidad de determinados grupos.

Este libro parte de la convicción de que la atención primaria debe ser entendida como el eje articulador de un sistema de salud moderno. No se trata únicamente de ampliar consultas o construir nuevas unidades, sino de mejorar la capacidad para prevenir, resolver, coordinar y acompañar. La verdadera transformación ocurre cuando las personas encuentran respuestas cercanas, comprensibles y continuas a sus necesidades.

La perspectiva adoptada a lo largo de la obra busca mantener un equilibrio entre análisis técnico y dimensión humana. Los sistemas sanitarios se evalúan mediante indicadores, coberturas, presupuestos y resultados, pero detrás de cada cifra existe una experiencia concreta. Una consulta tardía puede significar una complicación evitable; una barrera

lingüística puede impedir comprender un tratamiento; una referencia mal coordinada puede representar meses de espera; y un equipo estable puede convertirse en la principal fuente de confianza sanitaria para una comunidad.

A partir de esta mirada, la obra desarrolla seis capítulos que examinan de manera progresiva los principales componentes necesarios para fortalecer el primer nivel de atención en México, incorporando aprendizajes de América Latina y reconociendo la diversidad territorial, epidemiológica y social de la región.

El **Capítulo 1, "Atención primaria de salud en México y Latinoamérica: transformación, desafíos y perspectivas"**, introduce la evolución de la APS y analiza cómo se ha configurado el primer nivel en México en relación con otros modelos latinoamericanos. También aborda la fragmentación institucional, las barreras de acceso y las desigualdades territoriales, para finalmente plantear perspectivas orientadas a fortalecer la atención primaria desde una visión integrada y de largo plazo.

El **Capítulo 2, "Equidad, determinantes sociales y atención primaria centrada en las personas y comunidades"**, profundiza en la relación entre condiciones sociales y resultados sanitarios. Se analizan las desigualdades que enfrentan poblaciones rurales, indígenas, migrantes y comunidades en situación de vulnerabilidad, así como la importancia de la participación comunitaria, la alfabetización sanitaria, la interculturalidad y el enfoque de género. El capítulo recuerda que una atención verdaderamente centrada en las personas debe comprender el contexto en el que estas viven.

El **Capítulo 3, "Nuevas prioridades epidemiológicas y capacidad resolutiva del primer nivel de atención"**, aborda los principales problemas que actualmente exigen respuestas oportunas desde la APS. Se analizan las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental

y las adicciones, la salud sexual, reproductiva, materna e infantil y las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes. El énfasis se coloca en la necesidad de fortalecer la capacidad del primer nivel para prevenir, detectar, tratar y dar seguimiento.

El **Capítulo 4, "Talento humano y equipos interdisciplinarios para una atención primaria fortalecida"**, examina uno de los pilares más importantes del sistema: las personas que lo hacen funcionar. Se analiza la formación, las competencias, la distribución y retención del personal sanitario, así como el papel de la medicina familiar, enfermería y equipos interdisciplinarios. También se aborda el bienestar profesional y la prevención del agotamiento, reconociendo que no es posible ofrecer atención de calidad sin cuidar también a quienes cuidan.

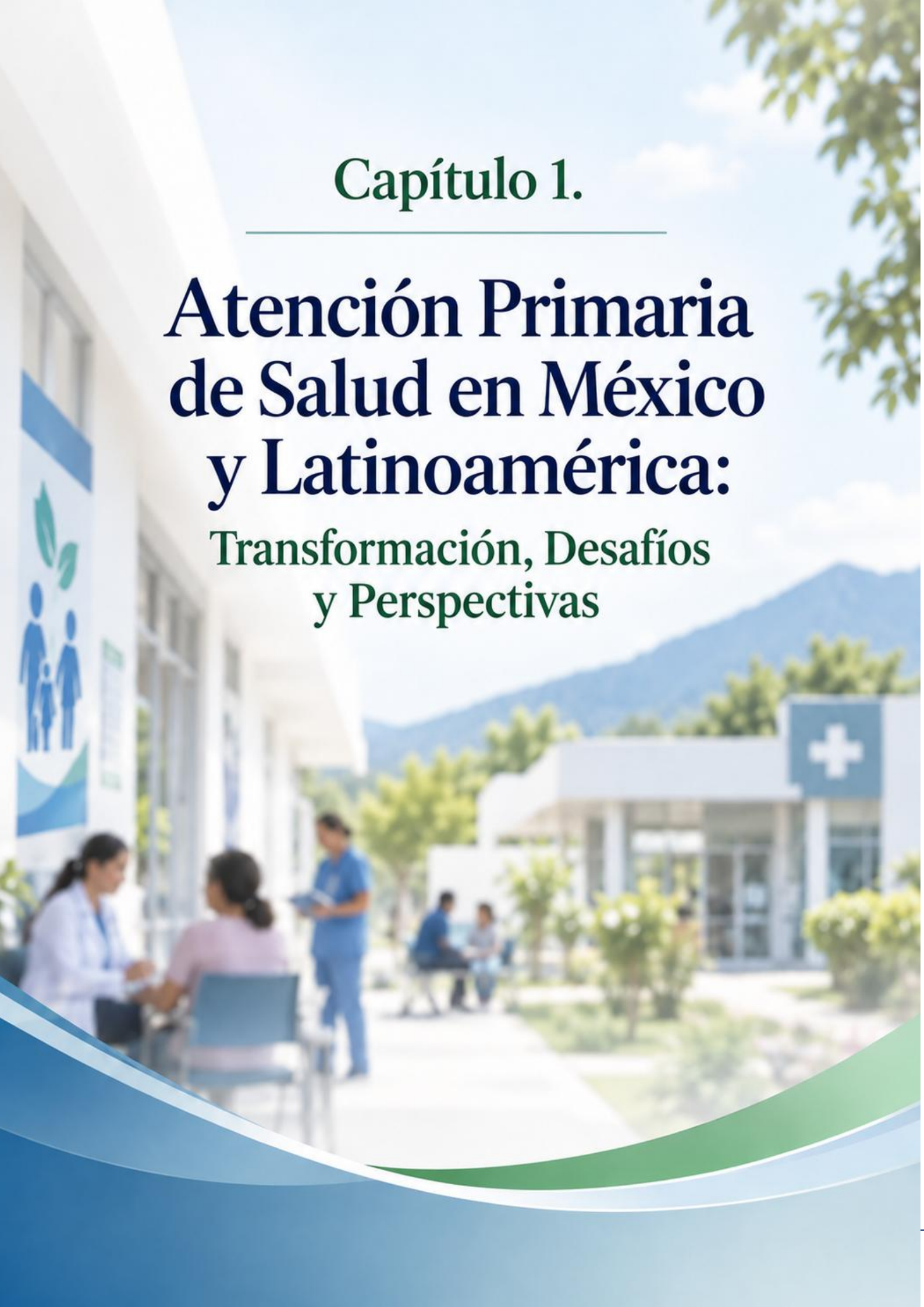
El **Capítulo 5, "Transformación digital e innovación tecnológica en la atención primaria de salud"**, analiza el potencial de las herramientas digitales para mejorar acceso, continuidad y capacidad resolutiva. Se estudian la telemedicina, la telesalud, la inteligencia artificial, la interoperabilidad y el expediente clínico electrónico, junto con los desafíos asociados con privacidad, ética, protección de datos y brecha digital. El capítulo propone una visión en la que la tecnología complemente la atención humana y no la sustituya.

Finalmente, el **Capítulo 6, "Gestión, calidad y sostenibilidad del primer nivel de atención: estrategias para el futuro"**, integra los elementos desarrollados a lo largo de la obra y los proyecta hacia el futuro. Se analizan gobernanza, financiamiento, asignación de recursos, calidad, seguridad del paciente, redes integradas, referencia y contrarreferencia, continuidad del cuidado y resiliencia frente a emergencias sanitarias y cambio climático. El capítulo plantea que la sostenibilidad de la APS dependerá de la capacidad para construir instituciones estables, coordinadas, evaluables y adaptables.

Estos capítulos proponen una lectura integral de la atención primaria en México y América Latina. El propósito no es únicamente describir problemas, sino identificar caminos posibles para transformar el primer nivel en un espacio más cercano, resolutivo, equitativo y confiable.

Fortalecer la atención primaria significa, en última instancia, acercar el sistema de salud a la vida cotidiana de las personas. Significa comprender que prevenir también es cuidar, que escuchar también es intervenir y que acompañar de manera continua puede ser tan importante como resolver una urgencia. Desde esa perspectiva, la APS representa no solo el primer nivel de atención, sino una de las principales oportunidades para construir sistemas de salud más humanos y sostenibles.

Fortalecer la atención primaria es construir un futuro más saludable y equitativo



Capítulo 1.

Atención Primaria de Salud en México y Latinoamérica:

Transformación, Desafíos y Perspectivas

Capítulo 1.

Atención primaria de salud en México y Latinoamérica: transformación, desafíos y perspectivas

por

Dr. Moisés Saldívar Aguilar

La atención primaria de salud (APS) constituye mucho más que el primer contacto de una persona con los servicios sanitarios. En su concepción contemporánea representa una estrategia para organizar el sistema de salud alrededor de las necesidades reales de las personas, las familias y las comunidades, integrando promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y articulación con otros niveles asistenciales. Su importancia radica, precisamente, en que permite desplazar el centro de gravedad de sistemas tradicionalmente orientados hacia la enfermedad y el hospital hacia modelos más preventivos, territoriales, continuos y cercanos a la población.

En México, esta discusión adquiere especial importancia debido a la coexistencia de importantes avances sanitarios con persistentes desigualdades sociales y territoriales. El envejecimiento poblacional, la elevada carga de enfermedades crónicas no transmisibles, la persistencia de enfermedades infecciosas, las necesidades de salud mental, las condiciones asociadas con pobreza y exclusión social, así como las diferencias existentes entre zonas urbanas, rurales e indígenas plantean demandas que difícilmente pueden resolverse mediante servicios fragmentados o respuestas centradas exclusivamente en la atención hospitalaria.

Reyes-Morales, García-Peña y Lazcano-Ponce (2024) consideran necesario reconsiderar la propia estructura del sistema sanitario mexicano frente a este escenario. Los autores sitúan esta reflexión “en un contexto de inequidad, rezago social, necesidades de salud crecientes

y un proceso de envejecimiento acelerado" (p. 631). Esta afirmación permite comprender que fortalecer la APS no constituye únicamente una estrategia de reorganización administrativa, sino una respuesta a transformaciones demográficas, epidemiológicas y sociales que modifican profundamente las necesidades de cuidado.

El debate tampoco puede limitarse a México. América Latina ha desarrollado durante las últimas décadas numerosas reformas destinadas a fortalecer la APS, aunque mediante modelos institucionales muy diferentes. Brasil ha consolidado estrategias territoriales y equipos de salud familiar; Chile ha avanzado en modelos de atención familiar y comunitaria; Colombia ha desarrollado propuestas orientadas hacia la atención integral y las redes de servicios; mientras México y Perú continúan enfrentando retos importantes relacionados con segmentación, coordinación institucional, financiamiento y desigualdad territorial (Juárez Herrera y Cairo et al., 2024).

Estas experiencias regionales permiten observar tanto avances como advertencias. Una política de APS puede estar correctamente formulada desde el punto de vista normativo y, sin embargo, tener dificultades para transformar la experiencia cotidiana de las personas si no dispone de financiamiento suficiente, profesionales adecuadamente distribuidos, mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, información clínica integrada y capacidad resolutiva local. Por ello, este capítulo analiza la evolución de la APS en México, la organización de su primer nivel de atención, las barreras derivadas de la fragmentación del sistema y las perspectivas de fortalecimiento que pueden extraerse de la experiencia latinoamericana.

1.1. Evolución y fundamentos contemporáneos de la atención primaria de salud en México

La evolución de la atención primaria en México debe comprenderse como parte de un proceso histórico más amplio de construcción y transformación del sistema nacional de salud. Durante

décadas, la organización sanitaria se desarrolló alrededor de diferentes instituciones vinculadas con la condición laboral, la seguridad social y distintos mecanismos de protección pública. Esta configuración permitió ampliar progresivamente la prestación de servicios, pero al mismo tiempo produjo una estructura segmentada en la que el acceso, el financiamiento y las características de la atención han dependido en gran medida de la institución a la que se encuentra vinculada cada persona.

A finales del siglo XX y durante las primeras décadas del XXI se sucedieron iniciativas orientadas a ampliar la cobertura y avanzar hacia una mayor protección social en salud. Sin embargo, estas reformas tuvieron resultados heterogéneos. Juárez Herrera y Cairo et al. (2024) señalan que buena parte de las reformas mexicanas de las últimas décadas han tenido un fuerte componente financiero, sin lograr resolver completamente los problemas estructurales derivados de la segmentación y fragmentación del sistema.

Uno de los momentos relevantes ocurrió en 2003 con la creación del Sistema de Protección Social en Salud y del Seguro Popular, dirigido especialmente a la población que no contaba con seguridad social. Posteriormente se impulsaron diferentes propuestas para fortalecer la atención integral, entre ellas el Modelo de Atención Integral de Salud, que incorporó principios de APS, organización territorial, redes integradas de servicios y participación comunitaria (Juárez Herrera y Cairo et al., 2024).

Más recientemente, la reorganización del sistema público mexicano ha situado nuevamente a la APS en el centro del debate. Borja-Aburto (2024) explica que el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar busca sustentar la atención proporcionada a la población sin seguridad social sobre los principios de la atención primaria. Desde esta concepción se proponen tres componentes interrelacionados: servicios integrados a lo largo del curso de vida, intervención sobre los determinantes amplios de la salud y fortalecimiento de la participación de personas y comunidades.

La perspectiva es relevante porque rompe con una interpretación reducida según la cual la atención primaria equivale únicamente a consultas sencillas o establecimientos de menor complejidad. Borja-Aburto (2024) señala expresamente la necesidad de ofrecer "servicios de salud integrados para satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de sus vidas" (p. 670). De esta manera, la APS se concibe como principio organizador del sistema y no simplemente como su nivel operativo más básico.

Esta distinción es fundamental. El primer nivel de atención hace referencia a un componente organizacional constituido por unidades, centros de salud, consultorios y equipos que habitualmente representan el primer contacto con los servicios. La APS, en cambio, constituye una estrategia mucho más amplia. Implica equidad, acceso universal, integralidad, continuidad, coordinación, participación social, acción intersectorial y orientación hacia los determinantes sociales.

Reyes-Morales et al. (2024) sostienen que convertir la atención primaria en eje del sistema mexicano requiere avanzar desde una lógica centrada en instituciones hacia otra organizada alrededor de las necesidades de las personas. Esto supone reconocer que los problemas sanitarios no aparecen de forma aislada. Una persona con diabetes puede necesitar simultáneamente seguimiento nutricional, control cardiovascular, evaluación renal, apoyo psicológico, educación para el autocuidado y eventualmente atención especializada. Si cada necesidad es atendida de manera independiente y sin comunicación entre profesionales, existe prestación de servicios, pero no necesariamente continuidad del cuidado.

Esta perspectiva adquiere todavía mayor importancia frente a las enfermedades crónicas. La transición epidemiológica ha modificado la naturaleza de la demanda sanitaria. Muchas condiciones actuales requieren años e incluso décadas de seguimiento, lo que vuelve insuficiente una respuesta sanitaria episódica. La APS contemporánea debe acompañar a las personas durante el curso de vida y anticiparse al

deterioro, en lugar de intervenir únicamente cuando las complicaciones ya se han producido.

La prevención también debe dejar de entenderse como una actividad secundaria. Identificar tempranamente hipertensión arterial, diabetes, depresión, cánceres susceptibles de tamizaje, factores de riesgo cardiovascular o problemas nutricionales puede evitar una importante carga posterior de enfermedad y utilización hospitalaria. En este sentido, la capacidad resolutiva del primer nivel debe incluir competencias diagnósticas y terapéuticas suficientes para abordar gran parte de las necesidades prevalentes de la población.

Los estudios internacionales respaldan esta orientación. Croke et al. (2024), mediante datos provenientes de 14 países, observaron que disponer de una fuente habitual de atención se asociaba con mayor utilización de servicios preventivos, mejor acceso a determinados tratamientos y una valoración más favorable del sistema sanitario. El hallazgo resulta especialmente significativo porque la APS se fortalece cuando las personas pueden identificar un servicio o equipo al que recurrir de forma habitual, estableciendo una relación de confianza y continuidad en el tiempo.

Por tanto, la evolución de la APS mexicana no debe evaluarse exclusivamente por el número de establecimientos disponibles ni por la afiliación administrativa de la población. El verdadero indicador de avance reside en la posibilidad de que una persona encuentre, cerca de su comunidad, un equipo capaz de reconocer sus necesidades, resolver una proporción importante de ellas y acompañarla cuando requiera otros niveles de atención.

1.2. Organización del primer nivel de atención en México y su relación con los modelos latinoamericanos

La organización del primer nivel mexicano refleja la propia estructura institucional del sistema de salud. Diferentes instituciones públicas participan en la provisión de servicios y atienden poblaciones

definidas mediante distintos criterios de afiliación y protección social. Esta realidad ha generado capacidades importantes, pero también diferencias en infraestructura, disponibilidad de medicamentos, recursos humanos, mecanismos de coordinación y acceso efectivo.

La transformación reciente relacionada con IMSS-Bienestar busca ampliar la atención de la población sin seguridad social mediante un modelo inspirado en APS.

Borja-Aburto (2024) destaca que el enfoque pretende integrar promoción, prevención, atención clínica y acciones comunitarias, al mismo tiempo que procura aproximar los servicios a las características epidemiológicas y sociales de cada territorio.

Sin embargo, organizar el primer nivel exclusivamente alrededor de establecimientos sería insuficiente. La unidad de salud debe entenderse como parte de una red. Esto significa que sus equipos necesitan conocer a la población de referencia, identificar riesgos, desarrollar intervenciones comunitarias, coordinarse con hospitales y especialistas y mantener información que permita continuar el cuidado cuando el paciente transita entre distintos servicios.

La experiencia latinoamericana ofrece modelos relevantes para analizar estas dimensiones. Juárez Herrera y Cairo et al. (2024) comparan reformas de APS en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú y muestran que, pese a sus importantes diferencias institucionales, existe una tendencia compartida hacia enfoques integrales, preventivos, comunitarios y orientados a mejorar la coordinación de los servicios.

Brasil constituye una referencia particularmente importante por el desarrollo de la Estratégia Saúde da Família. Su lógica territorial asigna equipos multiprofesionales a poblaciones definidas, favoreciendo el conocimiento de la comunidad y el seguimiento longitudinal.

La experiencia brasileña demuestra que la proximidad territorial y los equipos de salud familiar pueden convertirse en mecanismos potentes para ampliar el acceso y reducir inequidades, aunque su funcionamiento también depende de financiamiento estable, recursos humanos suficientes y continuidad de las políticas.

Chile, por su parte, ha avanzado hacia un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. La orientación hacia la familia y la comunidad busca trascender la consulta individual y reconocer que la salud está condicionada por redes familiares, dinámicas sociales y características del territorio. La fortaleza conceptual reside en vincular prevención, promoción y atención clínica dentro de un mismo modelo organizativo.

Colombia ha desarrollado propuestas de atención integral y redes de servicios que pretenden mejorar la articulación territorial y la coordinación entre los diferentes niveles. De acuerdo con Juárez Herrera y Cairo et al. (2024), la creación de redes integradas y sistemas de referencia y contrarreferencia presenta un importante potencial para mejorar la continuidad, aunque todavía persisten problemas vinculados con fragmentación y descoordinación.

Perú comparte con México varios retos relacionados con fragmentación, financiamiento y articulación entre instituciones. Esta comparación es relevante porque demuestra que establecer normativamente un modelo integral de APS no garantiza su ejecución efectiva. La implementación exige gobernanza, capacidad operativa local, personal suficiente y mecanismos de evaluación.

La Tabla 1 sintetiza algunos rasgos de estas experiencias. Su propósito no es establecer una clasificación de países “exitosos” o “rezagados”, sino identificar elementos organizativos que pueden generar aprendizajes útiles para México.

Tabla 1. Características de la atención primaria de salud en México y modelos seleccionados de América Latina

País	Orientación predominante de la APS	Elementos organizativos relevantes	Fortalezas o avances	Desafíos persistentes
México	Atención integral, territorial y orientada progresivamente hacia la APS	Primer nivel institucionalmente diverso; reorganización de servicios para población sin seguridad social mediante IMSS-Bienestar	Reconocimiento creciente de la APS como eje del sistema; orientación hacia curso de vida, prevención y comunidad	Fragmentación institucional, desigualdades territoriales, coordinación entre niveles y diferencias en capacidad resolutiva
Brasil	Salud familiar y comunitaria	Estratégia Saúde da Família, equipos multiprofesionales y adscripción territorial	Amplia experiencia en territorialización, prevención, visitas domiciliarias y vínculo comunitario	Diferencias regionales, disponibilidad de profesionales y sostenibilidad financiera
Chile	Atención integral familiar y comunitaria	Centros de salud familiar y organización territorial de redes	Fuerte orientación familiar, preventiva y comunitaria	Presiones de demanda, oportunidad de acceso y coordinación con especialidades
Colombia	Atención integral y gestión territorial del riesgo	Redes integradas, rutas de atención y mecanismos de referencia y contrarreferencia	Alta cobertura y desarrollo de instrumentos de atención integral	Fragmentación entre actores, burocracia, discontinuidad y problemas de coordinación
Perú	Atención integral basada en familia y comunidad	Organización por niveles y estrategias territoriales de APS	Reconocimiento normativo del enfoque familiar y comunitario	Financiamiento insuficiente y heterogeneidad en implementación

Fuente: elaboración propia a partir de Juárez Herrera y Cairo et al. (2024).

La comparación muestra que no existe un único modelo latinoamericano de APS. Las estructuras responden a trayectorias políticas, institucionales y sociales particulares. Sin embargo, aparecen componentes comunes: territorialización, equipos interdisciplinarios, prevención, participación comunitaria, atención familiar, redes integradas y búsqueda de continuidad asistencial.

Para México, una lección importante es que el fortalecimiento del primer nivel requiere combinar estas dimensiones. La existencia de más unidades sanitarias no resolverá por sí misma las brechas si dichas

unidades carecen de medicamentos, profesionales, información clínica o mecanismos para obtener oportunamente una consulta especializada. Del mismo modo, disponer de especialistas y hospitales no garantiza buenos resultados si el primer nivel no puede prevenir complicaciones ni realizar seguimiento después del alta.

Croke et al. (2024) aportan un argumento adicional al mostrar que la relación estable con una fuente habitual de atención tiene valor propio. En consecuencia, la organización mexicana debería avanzar hacia equipos responsables de poblaciones claramente identificadas y capaces de construir relaciones longitudinales. Una APS verdaderamente centrada en las personas comienza cuando el usuario deja de percibir el sistema como un conjunto de puertas desconectadas y encuentra una ruta reconocible a través de él.

1.3. Fragmentación del sistema, barreras de acceso y desigualdades territoriales en México

Uno de los problemas más persistentes del sistema de salud mexicano es su fragmentación. Este concepto se manifiesta cuando diferentes instituciones, fuentes de financiamiento, proveedores y mecanismos de acceso funcionan con escasa articulación entre sí. La fragmentación no es solamente administrativa; puede traducirse en historias clínicas separadas, repetición de estudios, dificultades para compartir información, interrupciones terapéuticas y barreras para desplazarse entre niveles asistenciales.

Juárez Herrera y Cairo et al. (2024) sostienen que las reformas mexicanas no han logrado superar plenamente el carácter segmentado y fragmentado del sistema. La situación tiene una dimensión histórica: la vinculación de determinadas prestaciones con la condición laboral formal generó circuitos diferentes para poblaciones distintas. A ello se han sumado sucesivos cambios institucionales dirigidos a ampliar la protección de quienes no cuentan con seguridad social.

La afiliación o cobertura formal, sin embargo, no equivale automáticamente a acceso efectivo. Para que el derecho a la salud se concrete, una persona debe poder obtener la atención que necesita en un tiempo razonable, sin enfrentar barreras económicas desproporcionadas y con una calidad suficiente para producir resultados sanitarios favorables.

Serván-Mori et al. (2025) muestran que México continúa enfrentando importantes desigualdades en materia de cobertura y que las transformaciones recientes han tenido efectos territoriales heterogéneos. Los autores identifican pérdidas particularmente importantes en estados del sur y entre grupos socialmente marginados, evidenciando que los promedios nacionales pueden ocultar realidades muy diferentes entre entidades federativas.

Las desigualdades territoriales representan, por ello, uno de los principales desafíos para la APS mexicana. La disponibilidad física de servicios, la presencia de profesionales, las condiciones de las vías de comunicación, los tiempos de traslado, la disponibilidad de medicamentos y las características socioeconómicas del territorio condicionan la experiencia concreta de acceso. Una política uniforme puede producir resultados muy distintos en un municipio urbano densamente poblado y en una comunidad rural de difícil acceso.

Gutiérrez et al. (2024), al analizar el desempeño del sistema mexicano mediante el índice de acceso y calidad de la atención, muestran la relevancia de observar las diferencias subnacionales. Esto implica que las decisiones sanitarias no deberían apoyarse únicamente en indicadores nacionales agregados. Fortalecer la APS requiere conocer dónde se concentran las necesidades, qué capacidades posee cada territorio y cuáles son las barreras específicas que enfrenta su población.

Las poblaciones rurales e indígenas experimentan con frecuencia barreras adicionales. La distancia geográfica puede coexistir con diferencias culturales, lingüísticas y económicas. En estas

circunstancias, instalar un servicio no garantiza necesariamente su utilización. La atención necesita ser culturalmente pertinente, respetuosa y capaz de comprender las prácticas, conocimientos y expectativas de cada comunidad.

Otro problema es la continuidad. Una persona puede conseguir una primera consulta y, sin embargo, experimentar dificultades posteriormente para realizar estudios, recibir resultados, consultar a un especialista o regresar al primer nivel con indicaciones claras. La fragmentación aparece entonces en forma de trayectorias asistenciales incompletas.

La APS debe reducir precisamente esa experiencia. Su fortaleza no consiste únicamente en atender la primera consulta, sino en acompañar el proceso completo. El primer nivel debería funcionar como espacio de coordinación clínica y no simplemente como filtro administrativo hacia servicios de mayor complejidad.

La desigualdad económica añade otra capa de dificultad. Cuando el sistema público no resuelve oportunamente una necesidad, algunas familias recurren a servicios privados o realizan gastos directos. Quienes disponen de recursos pueden encontrar alternativas; quienes no los tienen deben postergar la atención, desplazarse largas distancias o permanecer sin tratamiento. Así, la falta de capacidad resolutiva puede reproducir desigualdades sociales.

Serván-Mori et al. (2025) advierten que la cobertura sanitaria es solo una dimensión de la cobertura universal y que por sí sola no informa completamente sobre calidad, protección financiera o acceso efectivo. Esta observación es fundamental para evaluar el fortalecimiento del primer nivel mexicano. El éxito no debería medirse solamente por cuántas personas están incorporadas administrativamente al sistema, sino por cuántas pueden utilizar servicios oportunos, continuos, seguros y de calidad.

Las barreras tampoco son exclusivamente externas al establecimiento sanitario. Los tiempos de espera, los horarios poco compatibles con la vida laboral, procedimientos administrativos complejos, desabastecimiento de medicamentos y dificultades para conseguir citas pueden convertirse en verdaderos obstáculos de acceso. Para una persona que pierde un día de trabajo cada vez que debe acudir a una consulta, la atención formalmente gratuita puede seguir teniendo un costo considerable.

Desde una perspectiva humanizada, estos problemas recuerdan que detrás de cada indicador existen trayectorias personales. La fragmentación puede representar para una persona mayor repetir su historia clínica en cada consulta; para una madre, recorrer varias horas con un niño enfermo; para una persona con diabetes, no encontrar oportunamente el medicamento que mantiene controlada su enfermedad; o para una comunidad rural, depender de un profesional que solo se encuentra disponible algunos días de la semana.

Fortalecer la APS significa reducir estas experiencias evitables. La equidad no consiste en ofrecer exactamente lo mismo en todos los territorios, sino en destinar capacidades diferenciadas allí donde las necesidades y barreras son mayores.

1.4. Retos actuales y perspectivas para fortalecer la atención primaria en México desde la experiencia latinoamericana

El fortalecimiento de la APS mexicana requiere reconocer que no existe una intervención única capaz de resolver décadas de fragmentación. Las reformas institucionales son necesarias, pero su efectividad depende de la capacidad para transformar la prestación cotidiana de servicios. El desafío consiste en convertir los principios de universalidad, integralidad y equidad en experiencias concretas para la población.

Juárez Herrera y Cairo et al. (2024) muestran que los países latinoamericanos analizados comparten dificultades relacionadas con

financiamiento, fragmentación, distribución desigual del personal sanitario y coordinación entre niveles de atención. Al mismo tiempo, también señalan avances vinculados con territorialización, redes, salud familiar, participación comunitaria y orientación preventiva. México puede aprovechar estos aprendizajes sin reproducir mecánicamente modelos desarrollados en otros contextos.

Un primer reto consiste en consolidar la APS como verdadera puerta de entrada y coordinadora del sistema. Esto requiere ampliar la capacidad resolutiva de las unidades mediante personal suficiente, tecnologías diagnósticas apropiadas, disponibilidad de medicamentos esenciales, herramientas digitales y protocolos que permitan resolver una proporción creciente de problemas sin derivaciones innecesarias.

El segundo reto es garantizar continuidad. La referencia a un hospital no debería significar que el primer nivel pierde contacto con el paciente. Por el contrario, después de una consulta especializada, hospitalización o procedimiento, la información debería regresar al equipo responsable para continuar el seguimiento. La integración clínica necesita acompañarse de integración informacional.

Un tercer ámbito prioritario corresponde a la territorialización. Brasil ofrece una experiencia especialmente valiosa al vincular equipos con poblaciones y territorios concretos. Este principio facilita identificar personas con enfermedades crónicas que han abandonado controles, embarazadas que requieren seguimiento, niños con esquemas incompletos de vacunación o familias expuestas a determinados riesgos sociales. El servicio deja de esperar pasivamente la llegada del paciente y comienza a asumir responsabilidad sanitaria sobre la comunidad.

Un cuarto reto es fortalecer los equipos interdisciplinarios. Las necesidades contemporáneas exceden las posibilidades de una atención centrada exclusivamente en el médico. Enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, odontología, rehabilitación, promotores comunitarios y otros perfiles pueden aumentar considerablemente la capacidad

resolutiva del primer nivel cuando sus funciones se encuentran claramente integradas.

Un quinto componente es la participación comunitaria. La APS pierde parte de su capacidad transformadora cuando las comunidades son consideradas únicamente receptoras de servicios. Las experiencias regionales muestran la importancia de incorporar participación social, promoción de la salud y conocimiento territorial en la planificación sanitaria (Juárez Herrera y Cairo et al., 2024).

También será necesario fortalecer los sistemas de información. La digitalización puede facilitar continuidad y coordinación siempre que los datos puedan acompañar a la persona entre establecimientos y niveles de atención. La interoperabilidad resulta, por tanto, tan importante como la existencia del expediente electrónico.

La sostenibilidad financiera constituye otro desafío transversal. El fortalecimiento del primer nivel requiere inversión continua y no únicamente programas temporales. Infraestructura, medicamentos, personal, mantenimiento, conectividad y capacitación demandan recursos previsibles. Invertir en APS, no obstante, debe entenderse como una estrategia de eficiencia del sistema: detectar tempranamente una enfermedad y controlarla adecuadamente puede evitar complicaciones que posteriormente requieren intervenciones mucho más costosas.

Finalmente, el sistema debe reforzar la capacidad para adaptarse a crisis. La pandemia de COVID-19 mostró que los servicios de primer nivel son esenciales tanto para mantener la atención habitual como para desarrollar vigilancia, educación sanitaria, vacunación, seguimiento domiciliario y respuesta comunitaria. Juárez Herrera y Cairo et al. (2024) señalan que la pandemia expuso las debilidades estructurales de la APS latinoamericana, pero también renovó el interés por construir sistemas más robustos y equitativos.

A partir de los desafíos identificados y de los aprendizajes derivados de las experiencias latinoamericanas, el fortalecimiento de la

atención primaria de salud en México puede comprenderse como un proceso sistémico sustentado en dimensiones que actúan de manera interdependiente. La Figura 1 sintetiza los principales componentes que deberían articularse para avanzar hacia un primer nivel más resolutivo, equitativo, continuo y centrado en las necesidades de las personas y comunidades.



Figura 1. Modelo integral para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en México

Como se observa en la Figura 1, ninguna de estas dimensiones puede desarrollarse de manera aislada. La territorialización facilita reconocer necesidades específicas; los equipos interdisciplinarios amplían la capacidad resolutiva; la integración de la información favorece la continuidad; y la participación comunitaria aproxima los servicios a la realidad de cada población. La articulación de estos componentes permite transitar desde un modelo fragmentado y predominantemente reactivo hacia una APS preventiva, coordinada y orientada al acompañamiento longitudinal de las personas.

A partir de estos desafíos y de los aprendizajes regionales, la Tabla 2 propone una síntesis de líneas estratégicas para fortalecer el primer nivel mexicano. Las acciones se presentan de manera integrada porque actuar sobre una sola dimensión tendría efectos limitados si las demás permanecen sin cambios.

Tabla 2. Retos prioritarios y estrategias para fortalecer la atención primaria de salud en México

Reto prioritario	Manifestación en el primer nivel	Estrategia de fortalecimiento	Resultado esperado
Fragmentación institucional	Servicios y circuitos asistenciales insuficientemente coordinados	Fortalecer redes integradas, mecanismos comunes de coordinación y rutas asistenciales	Mayor continuidad y menor duplicación de servicios
Desigualdad territorial	Diferencias en infraestructura, personal y acceso entre entidades y comunidades	Planificación basada en necesidades territoriales y asignación diferenciada de recursos	Reducción de brechas rurales, urbanas y regionales
Capacidad resolutiva limitada	Derivaciones evitables y dificultades para diagnosticar o tratar problemas frecuentes	Equipamiento de medicamentos, capacitación y ampliación de competencias del equipo	Mayor proporción de necesidades resueltas en el primer nivel
Débil continuidad asistencial	Pérdida de seguimiento entre atención primaria, especialidades y hospitales	Sistemas efectivos de referencia, contrarreferencia y seguimiento longitudinal	Trayectorias asistenciales continuas y coordinadas
Distribución desigual del talento humano	Escasez o rotación de profesionales en áreas rurales y vulnerables	Incentivos, formación orientada a APS, equipos interdisciplinarios y políticas de retención	Mayor disponibilidad y estabilidad del personal
Modelo predominantemente reactivo	Atención centrada en enfermedad y demanda espontánea	Gestión poblacional, prevención y seguimiento de riesgos	Detección temprana y mejor control de enfermedades
Participación comunitaria insuficiente	Escasa incorporación de comunidades en planificación y promoción	Consejos locales, agentes comunitarios y estrategias participativas	Mayor pertinencia social y apropiación comunitaria
Financiamiento insuficiente o inestable	Limitaciones para medicamentos, infraestructura y contratación	Financiamiento sostenido a necesidades poblacionales	Mayor estabilidad operativa y capacidad de respuesta
Vulnerabilidad ante emergencias	Interrupción de servicios esenciales durante crisis	Planes de continuidad, vigilancia territorial y fortalecimiento comunitario	APS más resiliente frente a futuras emergencias

Fuente: elaboración propia a partir de Juárez Herrera y Cairo et al. (2024) y Serván-Mori et al. (2025).

La Tabla 2 evidencia que los problemas del primer nivel se encuentran estrechamente relacionados. La falta de profesionales reduce la capacidad resolutiva; la baja capacidad resolutiva incrementa las derivaciones; una referencia mal coordinada deteriora la continuidad; y la falta de información integrada dificulta todavía más el seguimiento. Por ello, el fortalecimiento de la APS debe abordarse como una transformación sistémica y no como una colección de programas independientes.

Las experiencias latinoamericanas también muestran que las reformas requieren continuidad política. Los cambios frecuentes de instituciones, reglas y mecanismos de cobertura pueden debilitar capacidades acumuladas y generar incertidumbre tanto en profesionales como en usuarios. Serván-Mori et al. (2025) señalan la necesidad de políticas técnicamente sólidas capaces de trascender ciclos políticos y responder a desigualdades estructurales. Esta perspectiva es particularmente pertinente para México: fortalecer la APS exige acuerdos de largo plazo sobre aquello que debe preservarse independientemente de los cambios administrativos.

La relación entre APS y confianza social tampoco debería subestimarse. Un sistema cercano, que dispone de medicamentos, respeta a las personas, resuelve problemas y garantiza continuidad construye confianza. Cuando las personas encuentran reiteradamente barreras o respuestas incompletas, buscan alternativas o postergan la atención. La confianza, en consecuencia, también constituye un resultado del funcionamiento cotidiano del primer nivel.

Croke et al. (2024) mostraron que disponer de una fuente habitual de atención se relaciona con una mayor utilización de servicios preventivos y mejor valoración del sistema. Esta evidencia permite pensar la APS desde una dimensión profundamente humana: no se trata únicamente de que exista un establecimiento, sino de que las personas sepan dónde acudir, encuentren profesionales que conozcan su historia y tengan la seguridad de que alguien acompañará su proceso de atención.

Reflexión final del capítulo

México se encuentra ante una oportunidad significativa para transformar el primer nivel de atención en una estructura capaz de articular los diferentes componentes del sistema sanitario y responder de manera más cercana a las necesidades de la población. Las reformas recientes han contribuido a recuperar la importancia de la atención primaria de salud (APS) dentro de las prioridades institucionales; sin embargo, convertir estos planteamientos en resultados sostenibles requiere superar dificultades históricas relacionadas con la fragmentación de los servicios, las desigualdades territoriales, la continuidad asistencial y las limitaciones en la capacidad resolutiva. Estos desafíos recuerdan que fortalecer la atención primaria no consiste únicamente en modificar modelos organizativos, sino en garantizar que las transformaciones se reflejen en la experiencia cotidiana de quienes necesitan atención.

El análisis de las experiencias latinoamericanas permite reconocer que los países de la región han desarrollado alternativas valiosas para mejorar la organización del primer nivel, aunque ninguno ha logrado superar completamente las desigualdades que afectan a sus sistemas sanitarios. Brasil ofrece aprendizajes relacionados con la territorialización y la salud familiar; Chile destaca por su enfoque de atención familiar y comunitaria; Colombia aporta experiencias sobre articulación de servicios y conformación de redes; mientras que Perú permite comprender las dificultades que aparecen cuando las propuestas normativas no cuentan con suficientes condiciones para su implementación. Estas experiencias muestran que no existe una solución única y que cada transformación necesita considerar las características sociales, institucionales y territoriales de la población.

Para México, aprovechar estos aprendizajes representa una oportunidad para fortalecer su propio modelo de atención sin desconocer las particularidades de su sistema sanitario. Las diferencias entre comunidades urbanas, rurales e indígenas, así como las condiciones

económicas y culturales que influyen en el acceso a los servicios, requieren respuestas adaptadas a cada realidad. Una estrategia que funciona adecuadamente en una ciudad puede resultar insuficiente en una comunidad alejada, donde las distancias, la disponibilidad de profesionales o las barreras de comunicación condicionan las posibilidades de recibir atención oportuna.

Desde una perspectiva sanitaria y humana, considero que uno de los mayores desafíos consiste en comprender que la atención primaria no puede evaluarse únicamente mediante el número de consultas realizadas o la cantidad de establecimientos disponibles. Estos indicadores son necesarios, pero deben complementarse con aspectos que permitan reconocer la calidad de la atención, la continuidad del cuidado y la confianza que las personas desarrollan hacia los servicios. Un sistema puede ampliar su cobertura y, aun así, mantener dificultades importantes si los pacientes deben recorrer largas distancias, esperar demasiado tiempo o repetir su historia clínica cada vez que buscan ayuda.

En este sentido, la capacidad resolutiva del primer nivel adquiere especial importancia. Fortalecerla significa ofrecer a los equipos de salud los conocimientos, recursos, medicamentos, herramientas diagnósticas y mecanismos de coordinación necesarios para atender oportunamente los problemas que corresponden a este nivel. No se trata de evitar todas las derivaciones, sino de garantizar que estas respondan a necesidades clínicas reales y se desarrollen mediante procesos organizados que aseguren la continuidad del cuidado. Una referencia oportuna puede proteger la vida de una persona; una derivación innecesaria o mal coordinada puede representar nuevas barreras para recibir atención.

Asimismo, resulta fundamental reconocer que la prevención y la promoción de la salud deben ocupar un lugar prioritario. Con frecuencia, los sistemas sanitarios concentran gran parte de sus esfuerzos en responder a enfermedades que ya se han manifestado, mientras que las oportunidades para identificar riesgos y acompañar a las personas antes

de que aparezcan complicaciones reciben menor atención. Una APS fortalecida necesita equilibrar estas responsabilidades, promoviendo intervenciones preventivas, educación para la salud y seguimiento continuo, especialmente entre las poblaciones que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad.

Otro aspecto esencial es la relación entre los profesionales sanitarios y las comunidades. La confianza no se construye únicamente mediante infraestructura moderna o procedimientos eficientes, sino a través de encuentros en los que las personas se sienten escuchadas, respetadas y comprendidas. Para una familia, recibir una explicación clara, encontrar un profesional que conozca sus antecedentes o disponer de seguimiento después de una consulta puede representar una diferencia importante en su experiencia de atención. Estos elementos, aunque no siempre resultan visibles en las estadísticas, forman parte de la calidad humana de los servicios.

Desde mi criterio, una atención primaria verdaderamente centrada en las personas debe reconocer que detrás de cada diagnóstico existe una historia particular. Una persona con diabetes puede enfrentar dificultades para mantener su tratamiento debido a sus condiciones laborales; una madre puede posponer una consulta porque no dispone de transporte; un adulto mayor puede necesitar acompañamiento para comprender sus medicamentos; y una comunidad indígena puede encontrar barreras cuando la atención desconoce su lengua o sus prácticas culturales. Comprender estas circunstancias permite construir intervenciones más pertinentes y evitar que las responsabilidades del cuidado recaigan exclusivamente en quienes enfrentan mayores dificultades.

La experiencia también demuestra que ninguna transformación sanitaria puede sostenerse sin profesionales preparados y comprometidos. Médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, promotores de salud y otros integrantes de los equipos interdisciplinarios desempeñan funciones complementarias que necesitan fortalecerse

mediante formación continua, condiciones laborales adecuadas y espacios de colaboración. Cuidar a quienes cuidan representa una responsabilidad institucional, pues la estabilidad y el bienestar de los profesionales influyen en las posibilidades de ofrecer una atención cercana, segura y continua.

De igual manera, la participación comunitaria debe comprenderse como un componente fundamental de la atención primaria. Las personas no deberían ser consideradas únicamente receptoras de servicios, sino participantes capaces de expresar sus necesidades, identificar dificultades y contribuir a la construcción de soluciones. Escuchar a las comunidades permite reconocer problemas que pueden pasar inadvertidos desde la planificación institucional y favorece decisiones mejor relacionadas con las condiciones reales del territorio.

El futuro de la APS dependerá, en gran medida, de la capacidad para construir relaciones más sólidas entre las instituciones sanitarias y la población. Esto exige superar una visión fragmentada de la atención y avanzar hacia redes de servicios coordinadas, donde la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento formen parte de un proceso continuo. La verdadera fortaleza del primer nivel no reside en resolverlo todo de manera aislada, sino en acompañar a las personas y facilitar su acceso a los servicios que necesitan.

Finalmente, es necesario reconocer que la transformación de la atención primaria requiere continuidad más allá de los cambios administrativos o de las prioridades de cada periodo institucional. Las mejoras sostenibles necesitan planificación, financiamiento, evaluación y compromiso de largo plazo. También requieren reconocer las experiencias que han producido resultados favorables y revisar aquellas intervenciones que no responden adecuadamente a las necesidades de la población. Aprender de las dificultades constituye una condición indispensable para construir sistemas sanitarios más eficientes y humanos.

En definitiva, fortalecer la atención primaria de salud significa construir una relación diferente entre las personas, las comunidades y las instituciones sanitarias. Significa comprender que prevenir puede evitar sufrimientos innecesarios, que escuchar permite identificar necesidades que no siempre aparecen en un diagnóstico y que acompañar de manera continua puede mejorar profundamente la experiencia de atención. Para México y América Latina, este propósito representa uno de los principales desafíos sanitarios contemporáneos, pero también una oportunidad para avanzar hacia sistemas más equitativos, cercanos y comprometidos con la dignidad humana.

La atención primaria debe convertirse en el espacio donde el derecho a la salud deje de ser únicamente un principio reconocido y se transforme en una experiencia cotidiana, especialmente para quienes históricamente han enfrentado mayores dificultades para acceder a los servicios.

La verdadera fortaleza de un sistema de salud no está solo en su capacidad para curar, sino en su compromiso de prevenir, escuchar y cuidar a cada persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Borja-Aburto, V. H. (2024). La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México. *Salud Pública de México, 66*(5), 670–676. https://doi.org/10.21149/15755

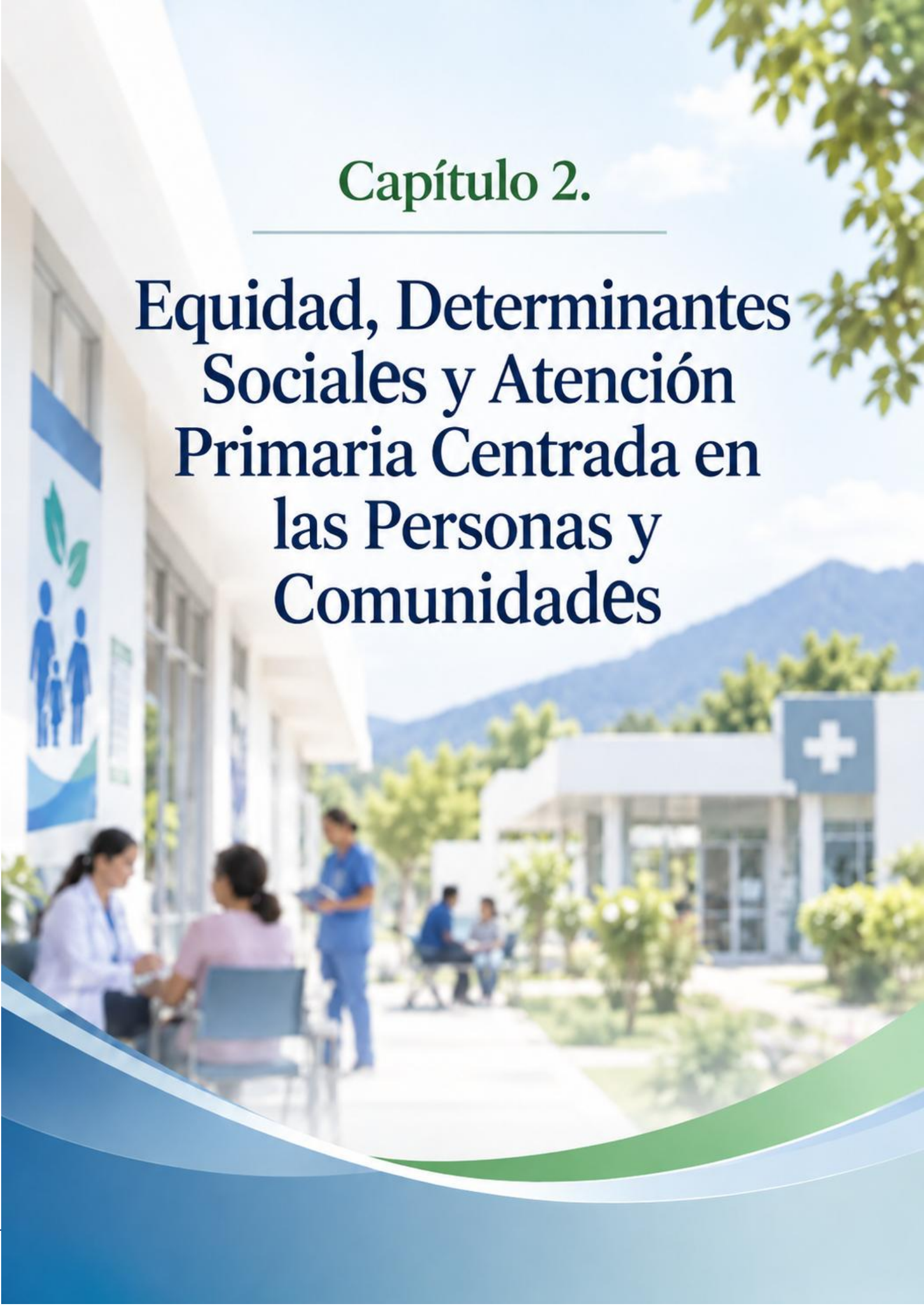
Croke, K., et al. (2024). Primary health care in practice: Usual source of care and health system performance across 14 countries. *The Lancet Global Health, 12*(1), e134–e144. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00513-2

Gutiérrez, J. P., Castañeda, A., Agudelo-Botero, M., Martínez-Valle, A., Knight, M., & Lozano, R. (2024). Performance evaluation of Mexico's health system at the national and subnational level, 1990–2019: An analysis of the Health Access and Quality Index. *Public Health, 236*, 7–14. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.07.009

Juárez Herrera y Cairo, L. A., Carrasco-Portiño, M., Cuba-Fuentes, M. S., Posenato García, L., Bermúdez-Tamayo, C., & Pérez-Muto, V. (2024). Reformas de atención primaria en América Latina: Avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. *Gaceta Sanitaria, 38*, 102430. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102430

Reyes-Morales, H., García-Peña, M. C., & Lazcano-Ponce, E. (2024). La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública de México, 66*(5), 631–636. https://doi.org/10.21149/15744

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Meneses-Navarro, S., Hone, T., Mohar-Betancourt, A., et al. (2025). Health insurance coverage in Mexico: Progress, inequalities and remaining challenges towards UHC2030. *Health Research Policy and Systems, 23*, 145. https://doi.org/10.1186/s12961-025-01405-w



Capítulo 2.

Equidad, Determinantes Sociales y Atención Primaria Centrada en las Personas y Comunidades

Capítulo 2.

Equidad, determinantes sociales y atención primaria centrada en las personas y comunidades

por

Dr. Guillermo Saldierna Martínez

La atención primaria de salud adquiere su verdadero sentido cuando logra responder no solo a las enfermedades que llegan al consultorio, sino también a las condiciones sociales, económicas, culturales y territoriales que determinan por qué algunas personas enferman más, acceden menos a los servicios o enfrentan mayores dificultades para mantener su salud. Esta perspectiva obliga a mirar más allá de los indicadores clínicos y reconocer que la salud comienza mucho antes del encuentro entre el paciente y el profesional sanitario.

El lugar donde una persona nace y vive, su nivel educativo, sus ingresos, la calidad de su vivienda, la disponibilidad de agua potable, sus condiciones laborales, la posibilidad de alimentarse adecuadamente, la distancia respecto de los servicios de salud, el género, la pertenencia étnica y la situación migratoria pueden modificar de manera significativa sus oportunidades de vivir una vida saludable. Por esta razón, una atención primaria verdaderamente orientada hacia la equidad no puede ofrecer únicamente respuestas uniformes; debe ser capaz de identificar necesidades diferentes y destinar mayores esfuerzos allí donde existen mayores desventajas.

Esta cuestión es particularmente relevante en México, un país caracterizado por una enorme diversidad cultural y territorial, pero también por profundas desigualdades sociales. Las condiciones sanitarias de una persona residente en una zona urbana con amplia disponibilidad de servicios difícilmente pueden equipararse con las de una familia que vive en una comunidad rural alejada, una mujer indígena que enfrenta barreras lingüísticas, una persona migrante en tránsito o

un hogar en situación de pobreza que debe elegir entre acudir a una consulta o cubrir necesidades económicas inmediatas.

Serván-Mori et al. (2025) muestran que los avances mexicanos en protección sanitaria han coexistido con retrocesos y desigualdades importantes. Su análisis evidencia, además, que los mayores deterioros recientes en cobertura se concentraron especialmente en estados del sur y entre poblaciones socialmente marginadas. La evidencia recuerda que los promedios nacionales pueden resultar engañosos si no se examina quiénes permanecen fuera de los beneficios alcanzados.

Desde esta perspectiva, la equidad no significa que todas las personas reciban exactamente la misma atención. Significa reconocer que algunas necesitan apoyos adicionales para alcanzar oportunidades sanitarias semejantes. Una comunidad ubicada a varias horas de un centro hospitalario, por ejemplo, necesita estrategias diferentes de las requeridas por una población urbana con múltiples servicios disponibles. De igual manera, proporcionar información sanitaria exclusivamente en español puede ser formalmente igualitario, pero no necesariamente equitativo cuando se atiende a poblaciones que utilizan otras lenguas.

Este capítulo examina los determinantes sociales y las desigualdades sanitarias presentes en México, la situación de las poblaciones rurales, indígenas, migrantes y socialmente vulnerables, el papel de la participación comunitaria y la alfabetización sanitaria y, finalmente, la importancia de incorporar interculturalidad, perspectiva de género y atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.

2.1. Determinantes sociales de la salud y desigualdades sanitarias en México

Comprender la salud desde sus determinantes sociales implica reconocer que las enfermedades no se distribuyen aleatoriamente dentro de una sociedad. Existen patrones vinculados con las oportunidades, recursos y condiciones de vida de las personas. La pobreza, el desempleo,

la informalidad laboral, la inseguridad alimentaria, el rezago educativo, la vivienda inadecuada, la falta de servicios básicos y la discriminación pueden acumularse durante el curso de vida y producir mayores riesgos de enfermedad.

En México, estas desigualdades adquieren una importante dimensión territorial. Los estados, municipios y comunidades presentan diferencias significativas en desarrollo social, disponibilidad de infraestructura y capacidad institucional. Por ello, analizar únicamente indicadores nacionales puede ocultar brechas que son determinantes para comprender la experiencia sanitaria de millones de personas.

Serván-Mori et al. (2025), utilizando información representativa a nivel nacional y subnacional, analizaron la evolución de la cobertura sanitaria mexicana entre 2000 y 2023. Los autores identificaron importantes avances durante determinados periodos, pero también retrocesos posteriores que afectaron de manera desproporcionada a grupos de menores ingresos, poblaciones rurales, pueblos indígenas y estados con mayores niveles de marginación.

Este hallazgo evidencia una característica fundamental de las políticas sociales: los avances pueden ser reversibles cuando no se encuentran respaldados por instituciones suficientemente estables. Serván-Mori et al. (2025) destacan que alcanzar cobertura universal requiere capacidad institucional, políticas orientadas hacia la equidad, compromiso político y financiero sostenido y confianza pública.

El vínculo entre pobreza y salud, sin embargo, no debe interpretarse de manera simplista. Los ingresos influyen en la alimentación, las condiciones de vivienda, la capacidad para transportarse hacia un establecimiento sanitario, la posibilidad de adquirir medicamentos cuando no están disponibles en el servicio público y la capacidad para ausentarse del trabajo. Por tanto, incluso

cuando una consulta no implica pago directo, acceder a ella puede generar otros costos.

Una persona que vive en una localidad alejada puede necesitar varias horas para desplazarse hasta un centro de salud. Si además trabaja en condiciones informales y pierde el ingreso correspondiente a ese día, la atención formalmente gratuita puede convertirse en una decisión económicamente difícil. Cuando estas barreras se repiten, algunas personas postergan la consulta hasta que la enfermedad empeora.

La desigualdad educativa también influye en la utilización de los servicios. Comprender instrucciones médicas, interpretar signos de alarma, reconocer factores de riesgo o seguir correctamente un tratamiento exige capacidades que no dependen exclusivamente de la voluntad individual. Los sistemas sanitarios tienen la responsabilidad de comunicar información de manera comprensible y adaptada a las características de la población.

La vivienda y el entorno comunitario también constituyen determinantes sanitarios. Hacinamiento, exposición a contaminantes, carencia de agua segura, dificultades de movilidad, inseguridad alimentaria y ausencia de espacios para actividad física afectan tanto el riesgo de enfermedad como la capacidad para seguir recomendaciones sanitarias.

Por ello, resulta insuficiente indicar a una persona que debe mantener una dieta saludable sin considerar si tiene acceso económico y territorial a alimentos adecuados. Del mismo modo, recomendar actividad física puede ser poco realista cuando el entorno no dispone de espacios seguros. Una APS centrada en las personas necesita comprender estas circunstancias antes de atribuir resultados adversos exclusivamente a decisiones individuales.

La desigualdad sanitaria también puede acumularse durante el curso de vida. Las condiciones nutricionales durante la infancia, el acceso a vacunación, el desarrollo educativo, la exposición a violencia, las oportunidades laborales y el acceso a servicios preventivos pueden influir décadas después en la aparición de enfermedades crónicas.

Por este motivo, la APS debe incorporar una perspectiva longitudinal. Su función no debería limitarse a resolver episodios aislados, sino identificar tempranamente factores sociales y sanitarios que pueden producir problemas futuros.

La equidad exige, además, disponer de información desagregada. Los indicadores nacionales deben analizarse según territorio, sexo, edad, condición socioeconómica, pertenencia indígena y otras variables relevantes. Aquello que no se identifica difícilmente puede convertirse en prioridad de política pública.

2.2. Atención primaria en poblaciones rurales, indígenas, migrantes y comunidades en situación de vulnerabilidad en México

Las poblaciones en situación de vulnerabilidad no constituyen grupos homogéneos. Las necesidades de una comunidad rural pueden ser distintas de las de una población indígena, una persona migrante o una familia que vive en un asentamiento urbano empobrecido. Sin embargo, estos grupos pueden compartir experiencias relacionadas con distancia, discriminación, dificultades económicas, barreras administrativas y limitada capacidad de los servicios para adaptarse a sus circunstancias.

En las zonas rurales mexicanas, una de las barreras más evidentes es la distancia. La dispersión territorial incrementa el costo de mantener infraestructura y personal sanitario permanente, al mismo tiempo que dificulta la referencia hacia hospitales o centros especializados.

No obstante, considerar únicamente la distancia geográfica sería insuficiente. La disponibilidad efectiva depende también de horarios, transporte, medicamentos, equipamiento y estabilidad del personal. Una unidad físicamente cercana pero habitualmente desabastecida o sin profesionales suficientes ofrece una accesibilidad limitada.

Serván-Mori et al. (2025) encontraron que los avances históricos de cobertura en México beneficiaron especialmente a poblaciones rurales, indígenas y hogares de bajos ingresos durante determinados periodos, pero también documentaron que los retrocesos posteriores afectaron con mayor intensidad a grupos marginados y estados del sur. La situación refuerza la necesidad de proteger los avances en equidad mediante instituciones sostenibles. Las comunidades indígenas enfrentan desafíos adicionales vinculados con lengua, historia, discriminación y diferencias culturales en la comprensión de la salud, la enfermedad y el cuidado.

Juárez-Ramírez (2024), al analizar servicios obstétricos en un contexto indígena mexicano, señala que “la atención a la salud obstétrica de mujeres indígenas continúa siendo un grave problema”. Esta afirmación resulta especialmente importante porque recuerda que la disponibilidad de servicios no garantiza por sí misma una atención culturalmente adecuada.

La investigación de Juárez-Ramírez (2024) muestra que los profesionales sanitarios trabajan dentro de contextos socioculturales complejos y enfrentan importantes desafíos para implementar servicios obstétricos culturalmente competentes. La atención intercultural no consiste simplemente en traducir instrucciones; implica comprender prácticas, valores, expectativas y relaciones históricas entre comunidades e instituciones.

La barrera lingüística constituye un ejemplo claro. Cuando una mujer no domina el español y no dispone de un intérprete, puede tener dificultades para expresar síntomas, comprender procedimientos o

formular preguntas. El problema adquiere especial gravedad en situaciones obstétricas, urgencias o decisiones que requieren consentimiento informado.

Asimismo, las experiencias previas de discriminación pueden generar desconfianza. Una persona que siente que sus conocimientos, prácticas o identidad son despreciados puede evitar regresar al servicio incluso cuando clínicamente lo necesita. La calidad interpersonal, por tanto, forma parte de la accesibilidad.

La población migrante representa otro reto creciente para la APS mexicana. México funciona simultáneamente como país de origen, tránsito, destino y retorno migratorio. Las personas migrantes pueden experimentar interrupciones en tratamientos, falta de documentación, desconocimiento de los servicios disponibles, exposición a violencia, precariedad laboral y dificultades para desplazarse.

Fitzgerald et al. (2024) destacan que las poblaciones migrantes en América Latina y el Caribe enfrentan importantes disparidades para acceder a servicios sanitarios y señalan barreras vinculadas con políticas, organización de los sistemas, discriminación y condiciones sociales. Los autores sitúan a la atención primaria como un mecanismo estratégico para reducir estas dificultades.

El desafío es especialmente relevante porque la situación migratoria modifica las condiciones en las que ocurre el cuidado. Una persona en tránsito puede no permanecer suficiente tiempo en un territorio para completar un esquema convencional de seguimiento. Por ello, los servicios necesitan desarrollar estrategias flexibles, registros clínicos accesibles y mecanismos de continuidad entre territorios.

Bojórquez et al. (2024) han mostrado igualmente que la respuesta sanitaria a las necesidades de migrantes y refugiados exige adaptar los sistemas a características específicas de movilidad y vulnerabilidad. Esta

perspectiva evita considerar a la población migrante como una excepción y la incorpora dentro del compromiso de universalidad de la APS.

Las personas sin hogar, hogares en pobreza extrema, personas con discapacidad, adultos mayores solos, trabajadores informales y comunidades afectadas por violencia representan otros grupos que pueden experimentar barreras acumulativas.

En todos estos escenarios aparece un principio común: esperar que las personas más vulnerables se adapten por completo al funcionamiento tradicional del sistema puede reproducir la desigualdad. La APS necesita desarrollar mecanismos de búsqueda activa, atención territorial, visitas domiciliarias, unidades móviles, mediación intercultural y coordinación comunitaria.

Antes de resumir estas situaciones resulta importante insistir en que las categorías de vulnerabilidad pueden superponerse. Una mujer puede ser simultáneamente indígena, vivir en una localidad rural, experimentar pobreza y encontrarse embarazada. Las dificultades no simplemente se suman; pueden interactuar y producir riesgos mayores.

La Tabla 3 sintetiza algunas de las principales barreras que pueden experimentar diferentes poblaciones y las respuestas que una APS orientada hacia la equidad debería promover.

Tabla 3. Poblaciones prioritarias, barreras de acceso y estrategias de atención primaria orientadas hacia la equidad en México

Población o condición	**Principales barreras**	**Consecuencias potenciales**	**Respuestas prioritarias desde la APS**
Población rural y dispersa	Distancias prolongadas, transporte limitado, escasez de profesionales y menor disponibilidad de servicios	Consulta tardía, interrupción de tratamientos y dificultades para acceder a especialidades	Equipos territoriales, unidades móviles, telesalud, incentivos para permanencia del personal y fortalecimiento de unidades rurales

Pueblos indígenas	Barreras lingüísticas, diferencias culturales, discriminación y limitada adaptación de los servicios	Desconfianza, menor utilización, problemas de comunicación y atención tardía	Intérpretes, mediadores interculturales, formación del personal, participación comunitaria y respeto a prácticas culturalmente pertinentes
Personas migrantes	Movilidad, documentación, desconocimiento del sistema, discriminación y discontinuidad	Interrupción de tratamientos, baja prevención y dificultades de seguimiento	Acceso independiente de condición migratoria, registros portables, rutas de atención y coordinación territorial
Hogares en pobreza	Costos indirectos, transporte, pérdida de ingresos y dificultad para adquirir medicamentos	Postergación de consultas y menor adherencia terapéutica	Protección financiera, disponibilidad de medicamentos y servicios cercanos
Mujeres en situación de vulnerabilidad	Desigualdad de género, dependencia económica, violencia y barreras culturales	Dificultades en salud sexual, reproductiva y materna	Atención integral con enfoque de género, detección de violencia, autonomía y servicios culturalmente competentes
Personas mayores	Multimorbilidad, dependencia funcional, dificultades de movilidad y aislamiento	Fragmentación asistencial, polifarmacia y pérdida de continuidad	Atención longitudinal, visitas domiciliarias, coordinación sociosanitaria y participación familiar
Personas con discapacidad	Barreras físicas, comunicacionales y actitudinales	Menor utilización de servicios preventivos y menor autonomía	Accesibilidad universal, comunicación adaptada y atención centrada en capacidades
Comunidades socialmente marginadas	Déficit de infraestructura, inseguridad, pobreza y menor presencia institucional	Mayor exposición a riesgos y menor acceso efectivo	Diagnóstico comunitario, asignación territorial de recursos y articulación intersectorial

Fuente: elaboración propia a partir de Serván-Mori et al. (2025), Fitzgerald et al. (2024), Juárez-Ramírez (2024) y Olaya Zuñiga et al. (2024).

La Tabla 3 permite observar que muchas barreras no pueden solucionarse exclusivamente desde el consultorio. El transporte, las

condiciones laborales, la discriminación, las barreras lingüísticas o la movilidad territorial requieren acciones coordinadas entre servicios sanitarios, gobiernos locales, organizaciones comunitarias y otras instituciones.

Asimismo, una misma estrategia no será igualmente efectiva para todas las poblaciones. La equidad requiere flexibilidad. En determinados territorios puede ser prioritario ampliar unidades móviles; en otros, incorporar intérpretes o agentes comunitarios; en otros, fortalecer telesalud o visitas domiciliarias.

La planificación territorial debe partir, por ello, de diagnósticos locales y no exclusivamente de modelos nacionales uniformes.

2.3. Participación comunitaria, promoción de la salud y alfabetización sanitaria en el contexto mexicano

Uno de los principios históricos de la atención primaria es la participación de las comunidades. Sin embargo, participar no significa únicamente asistir a campañas o recibir información previamente diseñada por las instituciones. Una participación comunitaria significativa supone que las personas puedan expresar necesidades, identificar prioridades y contribuir a diseñar las respuestas que afectan su salud.

Esta diferencia es importante. Una comunidad no constituye simplemente un escenario donde se ejecutan programas; posee conocimientos, redes, liderazgos, prácticas y recursos que pueden convertirse en activos sanitarios.

Olaya Zuñiga, Parra-García y Gómez-Barrera (2024) analizaron la participación de trabajadores comunitarios de salud en seis países latinoamericanos y señalan que estos actores pueden facilitar el vínculo entre comunidades y servicios de atención primaria. Sin embargo,

también encontraron procesos fragmentados y obstáculos que dificultan su integración efectiva dentro de los sistemas sanitarios.

Esta evidencia resulta pertinente para México, donde promotores, auxiliares, parteras tradicionales, líderes comunitarios y otros actores locales pueden facilitar prevención, identificación de riesgos, seguimiento y comunicación entre profesionales y población.

El agente comunitario no debería entenderse como un sustituto económico del profesional sanitario. Su valor se encuentra en una función diferente: conocer el territorio, identificar dinámicas sociales, generar confianza y aproximar el sistema a personas que podrían permanecer fuera de los circuitos convencionales de atención.

Khatri et al. (2024), en una revisión sobre programas comunitarios y equidad en APS, destacan que estos modelos pueden contribuir a ampliar la cobertura, aunque requieren formación, supervisión, reconocimiento institucional y articulación efectiva con servicios formales.

La promoción de la salud está estrechamente relacionada con este enfoque. Durante años, algunas estrategias se han limitado a transmitir mensajes como “coma saludable”, “realice ejercicio” o “acuda a revisión”. Aunque estas recomendaciones pueden ser correctas, resultan insuficientes si no consideran las condiciones reales en las que viven las personas.

Promover salud significa generar capacidades y condiciones para que las recomendaciones puedan llevarse a la práctica. Una comunidad con escaso acceso a alimentos saludables necesita respuestas que trasciendan la entrega de folletos nutricionales. Del mismo modo, una población con elevada exposición a violencia o contaminación necesita intervenciones sobre su entorno.

La alfabetización sanitaria constituye otro componente fundamental. Una persona alfabetizada en salud dispone de mejores herramientas para encontrar, comprender, evaluar y utilizar información relacionada con su bienestar.

En el contexto contemporáneo, esta competencia adquiere nuevas dimensiones debido a la expansión de las redes sociales y plataformas digitales. La población recibe diariamente cantidades enormes de información sanitaria cuya calidad es variable. Rumores sobre vacunas, medicamentos, dietas, enfermedades o tratamientos pueden propagarse con rapidez.

La APS ocupa una posición privilegiada para enfrentar este fenómeno porque mantiene contacto directo con la comunidad. El equipo sanitario puede convertirse en una fuente confiable de información, siempre que comunique con claridad y respeto.

La comunicación clínica no debería evaluarse por cuánto explica el profesional, sino por cuánto logra comprender la persona. Utilizar términos técnicos sin comprobar comprensión puede generar errores incluso cuando la información proporcionada es científicamente correcta.

Una atención humanizada implica preguntar: ¿la persona comprendió para qué sirve el medicamento?, ¿sabe cuándo debe volver?, ¿reconoce cuáles signos requieren atención inmediata?, ¿puede realmente seguir las indicaciones dadas?

La alfabetización sanitaria tampoco debe utilizarse para responsabilizar exclusivamente al individuo. Si una explicación resulta incomprensible, el problema no necesariamente reside en la persona; también puede reflejar la incapacidad del sistema para comunicar de manera accesible.

La participación comunitaria, la promoción de la salud y la alfabetización sanitaria convergen, por tanto, en una misma idea: la población debe dejar de ser considerada receptora pasiva del cuidado.

2.4. Interculturalidad, enfoque de género y atención centrada en la persona, la familia y la comunidad

Una APS centrada en las personas reconoce que cada encuentro clínico ocurre entre seres humanos con historias, conocimientos, expectativas y contextos diferentes. El diagnóstico puede ser el mismo para dos pacientes, pero la forma en que cada uno vive la enfermedad puede ser profundamente distinta.

La atención centrada en la persona busca incorporar estas diferencias al proceso asistencial. Supone escuchar, explicar, negociar decisiones y considerar valores y preferencias. No significa renunciar al conocimiento científico; significa utilizarlo dentro de una relación terapéutica que respeta a la persona.

La interculturalidad profundiza esta perspectiva. México posee una enorme diversidad étnica y cultural que no puede abordarse mediante un modelo sanitario diseñado como si todas las personas compartieran idénticas concepciones sobre salud y enfermedad.

Juárez-Ramírez (2024) demuestra, en el ámbito de la atención obstétrica indígena, que implementar servicios culturalmente competentes exige enfrentar contextos socioculturales de gran complejidad.

Esto implica reconocer que las comunidades pueden poseer sistemas propios de interpretación de la salud y prácticas tradicionales de cuidado. La función del sistema sanitario no debería ser descalificarlas automáticamente, sino identificar cuáles pueden coexistir de manera segura con la medicina basada en evidencia y establecer un diálogo respetuoso.

La atención obstétrica constituye un ejemplo particularmente sensible. El embarazo y el nacimiento poseen significados familiares y culturales que pueden variar considerablemente. Posiciones durante el parto, presencia de acompañantes, participación de parteras, alimentación y prácticas posteriores al nacimiento pueden formar parte de la identidad cultural.

Cuando no existe riesgo clínico, adaptar los servicios a determinadas preferencias puede mejorar confianza, experiencia y utilización. Cuando una práctica implica riesgo, la comunicación respetuosa resulta mucho más efectiva que la imposición o ridiculización.

La perspectiva de género añade otra dimensión. Mujeres y hombres no enfrentan necesariamente los mismos riesgos ni las mismas posibilidades de acceder a atención. Las mujeres pueden experimentar dependencia económica, sobrecarga de cuidados, violencia de género o limitaciones para tomar decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

Además, algunos problemas históricamente normalizados pueden pasar inadvertidos si el primer nivel no los busca activamente. La violencia doméstica es un ejemplo. Una mujer puede consultar repetidamente por lesiones, ansiedad, alteraciones del sueño o síntomas inespecíficos sin revelar espontáneamente una situación de violencia.

Los equipos de APS necesitan competencias para identificar estas circunstancias de manera segura, confidencial y respetuosa, evitando culpabilizar a la persona.

La perspectiva de género tampoco debe reducirse exclusivamente a la salud femenina. Los mandatos culturales asociados con masculinidad pueden hacer que algunos hombres retrasen consultas, minimicen síntomas o eviten solicitar apoyo psicológico. Reconocer estas dinámicas permite diseñar estrategias preventivas más adecuadas.

La familia constituye igualmente un recurso importante, aunque su participación siempre debe respetar la autonomía individual. En enfermedades crónicas, discapacidad, envejecimiento o rehabilitación, las familias suelen asumir una parte significativa de los cuidados cotidianos. Ignorarlas puede limitar la efectividad del tratamiento.

Sin embargo, una atención centrada en la familia no significa transferirle automáticamente responsabilidades que corresponden al sistema sanitario. Los cuidadores también necesitan información, apoyo y reconocimiento.

Finalmente, la comunidad amplía todavía más esta perspectiva. Muchas condiciones individuales tienen raíces colectivas. La obesidad, la violencia, los problemas de salud mental, determinadas enfermedades transmisibles y el embarazo adolescente, entre otras situaciones, no pueden abordarse únicamente mediante consultas individuales.

La APS debe ser capaz de combinar tres escalas: atender a la persona, comprender a la familia y actuar sobre la comunidad.

Los diferentes componentes abordados a lo largo del capítulo muestran que alcanzar la equidad en atención primaria exige comprender la relación existente entre las condiciones sociales en las que viven las personas, las barreras que dificultan su acceso efectivo a los servicios y la capacidad del sistema sanitario para adaptar sus respuestas. Desde esta perspectiva, la equidad no constituye una intervención aislada, sino el resultado de un proceso que comienza con el reconocimiento de las desigualdades y culmina en una atención más accesible, inclusiva, culturalmente pertinente y centrada en las personas. La Figura 2 sintetiza esta trayectoria.



Figura 2. Ruta hacia la equidad en la atención primaria de salud centrada en las personas y comunidades

Como se observa en la Figura 2, las desigualdades sanitarias pueden originarse o profundizarse cuando los determinantes sociales se combinan con barreras económicas, geográficas, culturales, lingüísticas o institucionales. Frente a este escenario, la APS puede desempeñar una función compensadora mediante planificación territorial, participación comunitaria, alfabetización sanitaria, atención intercultural, perspectiva de género y estrategias adaptadas a las necesidades de cada población. La finalidad no es ofrecer exactamente la misma respuesta a todas las personas, sino garantizar que cada una disponga de los apoyos necesarios para acceder a oportunidades semejantes de cuidado, bienestar y protección de la salud.

Reflexión final del capítulo

Las desigualdades sanitarias constituyen una de las expresiones más evidentes de las diferencias sociales que persisten en México y América Latina. Su análisis permite comprender que disponer de servicios de salud no significa necesariamente tener la posibilidad real de utilizarlos. Dos personas pueden contar formalmente con el mismo derecho a recibir atención y, sin embargo, enfrentar condiciones

completamente distintas para ejercerlo. Esta realidad demuestra que la equidad sanitaria no puede limitarse al reconocimiento de derechos o a la disponibilidad de establecimientos, sino que debe reflejarse en las oportunidades concretas que tiene cada persona para recibir cuidados oportunos, dignos y adecuados a sus necesidades.

Las diferencias se manifiestan en situaciones cotidianas que, aunque pueden parecer sencillas, influyen profundamente en la salud. Una persona puede vivir a pocos minutos de un centro sanitario, mientras otra necesita recorrer varias horas para llegar a una consulta. Algunas familias disponen de recursos para trasladarse y adquirir medicamentos, mientras otras deben elegir entre atender una enfermedad o cubrir necesidades básicas. De igual manera, existen pacientes que comprenden fácilmente las recomendaciones médicas y otros que enfrentan barreras lingüísticas, culturales o educativas que dificultan la comunicación con los profesionales.

Estas circunstancias permiten reconocer que la desigualdad no siempre se encuentra dentro de los establecimientos de salud. En muchas ocasiones comienza mucho antes, en las condiciones de vivienda, el empleo, la educación, el transporte y las oportunidades disponibles en cada comunidad. Por ello, una atención primaria orientada hacia la equidad necesita mirar más allá del diagnóstico y comprender los factores que influyen en las posibilidades de prevenir enfermedades, acceder a tratamientos y mantener el bienestar.

La experiencia mexicana demuestra que los avances en cobertura sanitaria deben acompañarse de instituciones capaces de identificar y proteger a las poblaciones que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad. En este sentido, Serván-Mori et al. (2025) muestran que los logros alcanzados pueden experimentar retrocesos y que sus consecuencias tienden a afectar con mayor intensidad a los territorios y grupos socialmente desfavorecidos. Esta situación recuerda que los progresos sanitarios no deben considerarse definitivos y que su

sostenibilidad requiere políticas continuas, planificación y mecanismos de evaluación que permitan reconocer oportunamente nuevas desigualdades.

Desde una perspectiva de salud pública, considero que uno de los principales desafíos consiste en dejar de interpretar la equidad como la distribución idéntica de recursos entre todos los territorios. Las comunidades presentan necesidades diferentes y requieren respuestas proporcionales a sus condiciones. Un establecimiento ubicado en una zona rural dispersa puede necesitar estrategias de movilidad, acompañamiento comunitario o modalidades de atención distintas de las utilizadas en una ciudad. Reconocer estas diferencias no significa establecer privilegios, sino procurar que las personas dispongan de oportunidades reales para ejercer su derecho a la salud.

En consecuencia, fortalecer el primer nivel de atención exige incorporar criterios de planificación territorial, accesibilidad económica, pertinencia cultural y continuidad asistencial. Estas dimensiones deben formar parte de las decisiones institucionales, desde la ubicación de los establecimientos y la distribución del personal sanitario hasta la organización de horarios, mecanismos de referencia y estrategias de seguimiento. Una política sanitaria puede estar correctamente formulada, pero su efectividad será limitada si no considera las dificultades que enfrentan las personas para acceder a los servicios.

Las experiencias de las poblaciones indígenas y migrantes permiten profundizar en la dimensión humana de estas desigualdades. En estos grupos, las barreras no siempre se relacionan exclusivamente con la distancia o la disponibilidad de recursos. También pueden aparecer dificultades derivadas del idioma, el desconocimiento de los procedimientos institucionales, la ausencia de información comprensible o las experiencias de discriminación. Fitzgerald et al. (2024) destacan la importancia de que la atención primaria responda a las barreras específicas que enfrentan las poblaciones migrantes en América Latina y

el Caribe, reconociendo que sus necesidades no pueden atenderse adecuadamente mediante intervenciones uniformes.

Este planteamiento invita a reflexionar sobre la relación entre calidad técnica y calidad humana. Un servicio puede disponer de profesionales capacitados, equipamiento y procedimientos clínicos adecuados, pero perder parte de su efectividad cuando las personas no se sienten escuchadas o respetadas. La confianza constituye un elemento esencial de la atención sanitaria, porque influye en la disposición para solicitar ayuda, expresar inquietudes y mantener el seguimiento de los tratamientos. Una experiencia negativa puede provocar que una persona retrase futuras consultas, mientras que una relación basada en el respeto puede fortalecer su acercamiento al sistema.

Desde mi criterio, humanizar la atención primaria significa comprender que cada paciente llega con una historia que no siempre puede resumirse en una ficha clínica. Detrás de una enfermedad pueden existir dificultades económicas, responsabilidades familiares, experiencias de exclusión o temores que condicionan las decisiones relacionadas con el cuidado. Escuchar estas circunstancias permite establecer una comunicación más cercana y construir alternativas que consideren las posibilidades reales de las personas.

La interculturalidad también debe comprenderse como una responsabilidad institucional y profesional. No basta con reconocer la existencia de diferentes culturas; es necesario generar condiciones para que los servicios respeten las identidades, las lenguas y los conocimientos de las comunidades, sin comprometer la seguridad ni la calidad de la atención. Esto requiere desarrollar capacidades de comunicación, promover el diálogo y evitar prácticas que descalifiquen las experiencias culturales de los pacientes.

Otro aspecto fundamental es la participación comunitaria. Las poblaciones no deberían ser consideradas únicamente receptoras de

servicios o destinatarias de campañas sanitarias, sino participantes capaces de reconocer problemas, expresar prioridades y contribuir a la construcción de respuestas pertinentes. Cuando las comunidades intervienen en los procesos de identificación de necesidades y promoción de la salud, es posible establecer relaciones de corresponsabilidad y fortalecer la confianza hacia las instituciones.

En esta línea, Olaya Zuñiga et al. (2024) destacan la importancia de integrar efectivamente a los trabajadores y agentes comunitarios dentro de los sistemas sanitarios. Su participación puede facilitar la comunicación, acercar los servicios a territorios con dificultades de acceso e identificar necesidades que no siempre resultan visibles desde los establecimientos. Sin embargo, estas iniciativas requieren formación, acompañamiento y coordinación institucional para evitar que dependan exclusivamente de esfuerzos individuales o proyectos temporales.

La participación comunitaria adquiere especial valor cuando se reconoce el conocimiento que las personas poseen sobre su propia realidad. Una comunidad puede identificar las dificultades de transporte que impiden asistir a controles, los horarios que resultan incompatibles con las actividades laborales o las barreras culturales que afectan la confianza hacia los servicios. Incorporar estos conocimientos en la planificación permite diseñar intervenciones más cercanas a las necesidades reales y evita que las decisiones sanitarias se construyan únicamente desde una perspectiva administrativa.

Asimismo, resulta indispensable comprender que las desigualdades sanitarias no pueden resolverse exclusivamente desde el sector salud. Las condiciones sociales que influyen en el bienestar requieren acciones coordinadas con los ámbitos educativo, laboral, ambiental y de protección social. Mejorar la atención médica es fundamental, pero sus beneficios pueden verse limitados cuando las personas continúan expuestas a condiciones que afectan permanentemente su salud. Por ello, la atención primaria debe fortalecer

su capacidad de articulación intersectorial y promover intervenciones que aborden tanto las necesidades inmediatas como los factores que contribuyen a su aparición.

En México, la diversidad territorial y cultural plantea desafíos considerables, pero también constituye una oportunidad para construir modelos de atención más participativos y pertinentes. Las experiencias comunitarias, los conocimientos locales y las redes de apoyo representan recursos valiosos que pueden complementar las capacidades institucionales. Su reconocimiento exige abandonar la idea de que todas las comunidades necesitan exactamente las mismas respuestas y avanzar hacia formas de atención que respeten sus particularidades.

No obstante, es importante reconocer que promover la participación de las comunidades no significa trasladarles las responsabilidades que corresponden al Estado y a las instituciones sanitarias. La equidad requiere financiamiento, personal suficiente, infraestructura adecuada y decisiones públicas sostenidas. El compromiso comunitario puede fortalecer estas condiciones, pero no sustituirlas. Una atención primaria verdaderamente equitativa necesita combinar la responsabilidad institucional con la participación de la población.

Desde una mirada humana, el desafío más importante consiste en reconocer a quienes permanecen fuera de las oportunidades de atención. Las estadísticas nacionales pueden mostrar avances generales mientras determinados territorios continúan enfrentando dificultades importantes. Por esta razón, evaluar la equidad implica observar no solamente los promedios, sino también las diferencias entre grupos, comunidades y condiciones sociales. Comprender quiénes enfrentan mayores barreras permite orientar los esfuerzos hacia donde más se necesitan.

Esta reflexión conduce a una pregunta que debería acompañar permanentemente la formulación y evaluación de las políticas sanitarias: ¿quién está quedando fuera y qué necesitamos cambiar para garantizar su inclusión? Su importancia radica en que obliga a mirar el sistema desde la experiencia de las personas y no únicamente desde sus resultados institucionales. Responderla requiere sensibilidad, información confiable y voluntad para reconocer que algunas estrategias necesitan modificarse.

En definitiva, construir una atención primaria centrada en la equidad significa avanzar desde la igualdad formal de derechos hacia oportunidades reales de cuidado. Implica reconocer que las circunstancias económicas, territoriales, culturales o sociales no deberían determinar la oportunidad ni la calidad de la atención recibida. También exige comprender que la justicia sanitaria se construye mediante decisiones cotidianas: ofrecer información comprensible, adaptar los servicios, escuchar a las comunidades y garantizar que quienes enfrentan mayores dificultades encuentren respuestas oportunas.

La verdadera equidad en salud comienza cuando ninguna persona queda atrás por el lugar donde vive, su condición social o sus posibilidades económicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bojorquez, I., et al. (2024). The response of health systems to the needs of migrants and refugees in the COVID-19 pandemic: A comparative case study between Mexico, Colombia and Peru. *The Lancet Regional Health – Americas, 40*, 100763. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100763

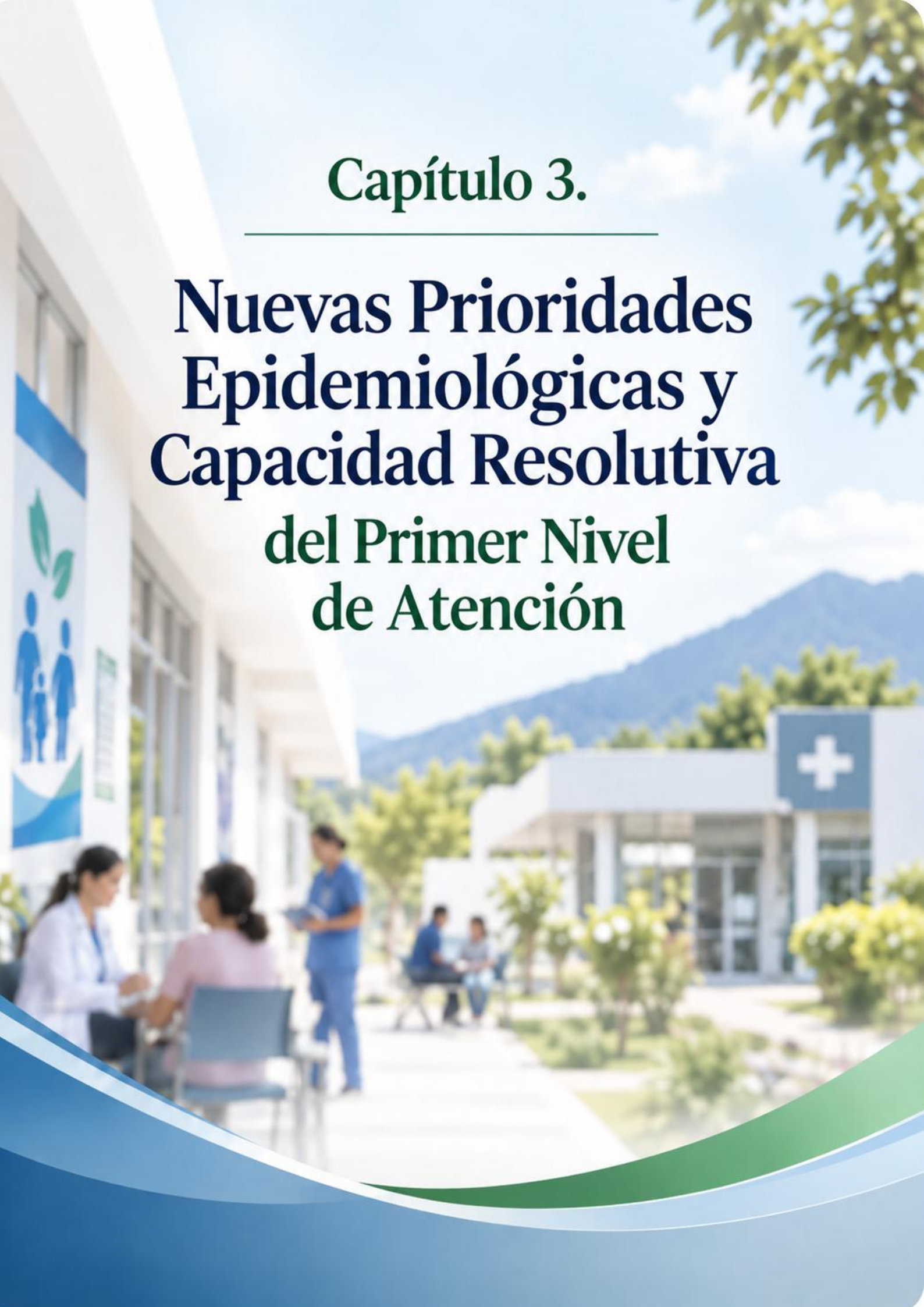
Fitzgerald, J., Báscolo, E., Rosell de Almeida, G., Houghton, N., Jarboe, R., & Issa, J. (2024). Addressing migrant-specific barriers to accessing health services through primary health care in host countries in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Regional Health – Americas, 40*, 100957. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100957

Juárez-Ramírez, C. (2024). Challenges for implementing culturally competent obstetric services in an Indigenous context in Mexico. *Ciência & Saúde Coletiva, 29*(12), e07332024. https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.07332024

Khatri, R. B., et al. (2024). Enablers and barriers of community health programs for improved equity and universal coverage of primary health care services: A scoping review. *BMC Primary Care, 25*, 385. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02629-5

Olaya Zuñiga, R., Parra-García, I., & Gómez-Barrera, L. A. (2024). Overview of the participation of community health workers in primary health care in 6 Latin American countries and a proposal for their integration into the health system: A qualitative study. *Family Practice, 41*(2), 139–146. https://doi.org/10.1093/fampra/cmae002

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Meneses-Navarro, S., Hone, T., Mohar-Betancourt, A., et al. (2025). Health insurance coverage in Mexico: Progress, inequalities and remaining challenges towards UHC2030. *Health Research Policy and Systems, 23*, 145. https://doi.org/10.1186/s12961-025-01405-w



Capítulo 3.

Nuevas Prioridades Epidemiológicas y Capacidad Resolutiva del Primer Nivel de Atención

Capítulo 3.

Nuevas prioridades epidemiológicas y capacidad resolutiva del primer nivel de atención

por

Dra. Amelia Lerma Salazar

El perfil epidemiológico de México y de buena parte de América Latina ha cambiado de manera profunda durante las últimas décadas. A las enfermedades transmisibles tradicionales se han sumado con creciente peso las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos de salud mental, los problemas asociados con adicciones, las necesidades de salud sexual y reproductiva y la aparición periódica de enfermedades emergentes y reemergentes. Este escenario ha generado una doble e incluso triple carga sanitaria que exige respuestas más amplias, continuas y coordinadas desde el primer nivel de atención.

La atención primaria de salud ocupa una posición estratégica frente a este panorama porque constituye el espacio donde es posible intervenir antes de que los problemas evolucionen hacia formas más graves, costosas o incapacitantes. Sin embargo, para cumplir esta función necesita contar con verdadera capacidad resolutiva. No basta con identificar factores de riesgo y referir pacientes; el primer nivel debe poder diagnosticar, iniciar tratamiento, vigilar la evolución, educar a las personas, coordinar con otros niveles y mantener seguimiento a lo largo del tiempo.

Croke et al. (2024) muestran que disponer de una fuente habitual de atención se relaciona con un mayor uso de servicios preventivos y con mejores resultados en distintos componentes del desempeño sanitario. Este hallazgo adquiere particular relevancia frente a condiciones que necesitan vigilancia prolongada. Una persona con hipertensión, diabetes, depresión o antecedentes obstétricos de riesgo requiere mucho más que una consulta aislada: necesita continuidad.

La capacidad resolutiva también debe entenderse desde una perspectiva humana. Un primer nivel fuerte evita que las personas tengan que desplazarse innecesariamente hacia hospitales o especialistas para problemas que pueden resolverse cerca de su comunidad. Reduce costos, tiempos de espera, interrupciones laborales y estrés familiar. De esta manera, mejorar la capacidad del primer nivel no solo representa una decisión técnica, sino también una estrategia de equidad.

Este capítulo analiza cuatro prioridades que ilustran esa necesidad: las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental y las adicciones, la salud sexual, reproductiva, materna e infantil, y las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes.

3.1. Prevención y manejo integral de enfermedades crónicas no transmisibles prioritarias en México

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan uno de los principales desafíos para el sistema sanitario mexicano. Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, obesidad, enfermedad renal crónica y distintos tipos de cáncer generan una importante carga de enfermedad, discapacidad y muerte prematura.

Estas condiciones presentan una característica que obliga a replantear la organización sanitaria: no se resuelven mediante intervenciones breves. Requieren seguimiento continuo, cambios sostenidos en estilos de vida, adherencia farmacológica, identificación temprana de complicaciones y coordinación entre diferentes profesionales.

Antonio-Villa et al. (2024), mediante el análisis de encuestas nacionales representativas realizadas entre 2016 y 2022, muestran que la diabetes en México presenta importantes desigualdades sociodemográficas y que los perfiles de enfermedad no son homogéneos. Esta evidencia recuerda que incluso dentro de una misma condición

diagnóstica existen diferencias que deben considerarse al diseñar estrategias de prevención y tratamiento.

La diabetes constituye un ejemplo especialmente claro de por qué la APS necesita superar un modelo reactivo. Cuando una persona consulta únicamente después de desarrollar complicaciones, el sistema pierde oportunidades importantes de prevención. La detección temprana de alteraciones en glucosa, el control del peso corporal, la promoción de actividad física, la evaluación cardiovascular y el acompañamiento nutricional pueden modificar significativamente la evolución posterior.

Silva-Tinoco et al. (2023) demostraron, en una experiencia desarrollada en servicios públicos de atención primaria en Ciudad de México, que un programa integrado y multicomponente puede mejorar el cumplimiento de metas terapéuticas en personas con diabetes. El hallazgo refuerza una idea central: la calidad del manejo no depende exclusivamente de prescribir medicamentos, sino de organizar adecuadamente la atención.

La hipertensión arterial constituye otra prioridad. Campos-Nonato et al. (2023), a partir de resultados de la Ensanut 2022, documentaron la persistencia de importantes brechas entre prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión en adultos mexicanos. Este fenómeno muestra que conocer el diagnóstico no garantiza necesariamente un control adecuado.

Para el primer nivel, esto significa que la consulta debe convertirse en una oportunidad sistemática para medir presión arterial, identificar factores de riesgo, valorar daño a órganos, reforzar adherencia terapéutica y acompañar cambios de comportamiento.

También debe reconocerse que las recomendaciones relacionadas con estilos de vida están condicionadas por determinantes sociales. Indicar a una persona que debe modificar su alimentación tiene poco efecto si no se considera su ingreso económico, disponibilidad de alimentos saludables, horarios de trabajo y entorno familiar.

Por ello, una APS efectiva no culpabiliza a la persona por la dificultad para cambiar. Busca comprender qué barreras existen y construye objetivos realistas junto con el paciente.

El manejo integral de enfermedades crónicas necesita, además, trabajo interdisciplinario. Medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social y otros perfiles pueden abordar dimensiones diferentes del problema. El valor del equipo reside precisamente en que ninguna disciplina aislada puede responder completamente a necesidades complejas y prolongadas.

La Tabla 4 presenta una síntesis de las principales prioridades crónicas que deben abordarse desde el primer nivel y de las acciones que fortalecen su capacidad resolutiva.

Tabla 4. Prioridades epidemiológicas crónicas y acciones resolutivas desde la atención primaria de salud

Problema prioritario	**Acciones preventivas**	**Capacidad resolutiva esperada en el primer nivel**	**Seguimiento requerido**
Diabetes mellitus tipo 2	Identificación de factores de riesgo, control de peso, educación alimentaria y actividad física	Diagnóstico temprano, inicio y ajuste de tratamiento, vigilancia metabólica y prevención de complicaciones	Control periódico de glucosa, función renal, pies, retina y riesgo cardiovascular
Hipertensión arterial	Tamizaje oportuno y sistemático, reducción de consumo de sal, promoción de actividad física	Confirmación diagnóstica, tratamiento inicial, ajuste farmacológico y estratificación del riesgo	Control periódico de presión, adherencia y daño a órganos
Obesidad y sobrepeso	Promoción de alimentación saludable y actividad física desde etapas tempranas	Evaluación antropométrica, identificación de comorbilidades y consejería estructurada	Seguimiento de peso, metas realistas y factores metabólicos
Enfermedad cardiovascular	Control de tabaquismo, presión arterial, diabetes y dislipidemia	Valoración de riesgo cardiovascular y tratamiento de factores modificables	Seguimiento de factores de riesgo y adherencia terapéutica

Enfermedad renal crónica	Prevención y control de diabetes e hipertensión	Detección mediante creatinina, estimación de función renal y proteinuria cuando corresponda	Vigilancia de progresión y referencia oportuna
Cánceres prevenibles o detectables tempranamente	Vacunación, reducción de factores de riesgo y tamizaje según edad y sexo	Identificación de signos de alarma y seguimiento de pruebas de detección	Referencia oportuna y acompañamiento posterior

Fuente: elaboración propia a partir de Antonio-Villa et al. (2024), Campos-Nonato et al. (2023).

La Tabla 4 evidencia que la capacidad resolutiva del primer nivel depende de combinar prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. No basta con desarrollar campañas de detección si posteriormente no existe continuidad terapéutica. De igual forma, iniciar medicamentos sin educación, monitoreo y evaluación de complicaciones limita considerablemente los resultados.

Una APS fortalecida debe pasar de un esquema centrado en episodios a uno basado en gestión de poblaciones. Esto implica conocer cuántas personas con diabetes o hipertensión existen en un territorio, cuántas se encuentran controladas, cuáles abandonaron seguimiento y cuáles presentan mayor riesgo de complicaciones.

3.2. Integración de la salud mental y las adicciones en el primer nivel de atención

Durante mucho tiempo, la salud mental fue tratada como un ámbito separado de la atención primaria a la salud. Este enfoque contribuyó a generar servicios fragmentados, concentración de especialistas en grandes ciudades y numerosas barreras para solicitar ayuda.

Sin embargo, ansiedad, depresión, estrés, trastornos relacionados con trauma, consumo problemático de sustancias y otras condiciones son frecuentes en la práctica cotidiana del primer nivel. Muchas personas que consultan por dolores, insomnio, cansancio o síntomas inespecíficos pueden estar experimentando dificultades emocionales no reconocidas.

Integrar la salud mental a la APS permite intervenir de manera más temprana y reducir el estigma asociado con acudir a servicios especializados. Paniagua-Avila et al. (2025), en una revisión centrada en América Latina, identificaron programas que integran trastornos mentales comunes en servicios primarios y comunitarios, destacando la importancia de combinar detección, atención clínica, capacitación y articulación entre niveles.

La evidencia resulta especialmente relevante para México porque la limitada disponibilidad de especialistas hace inviable un modelo en el que todos los problemas de salud mental deban resolverse exclusivamente en servicios psiquiátricos.

El primer nivel debe contar con herramientas para detectar síntomas depresivos y ansiosos, identificar riesgo suicida, reconocer consumo problemático de alcohol y otras sustancias, iniciar intervenciones breves y definir criterios claros de referencia.

Cubillos et al. (2021), en una revisión sistemática sobre integración de servicios de salud mental en atención primaria en países de ingresos bajos y medios, encontraron evidencia favorable para determinados modelos integrados. Esto sugiere que acercar la atención mental al primer nivel puede mejorar acceso y eficiencia, especialmente cuando existe supervisión y coordinación especializada.

Sapag et al. (2024) también resaltan la importancia de los modelos colaborativos de salud mental en APS en América Latina. En estos modelos, el especialista no sustituye al equipo primario, sino que lo apoya mediante interconsulta, supervisión y mecanismos de referencia más funcionales.

La atención de las adicciones requiere un enfoque semejante. El consumo problemático de alcohol, tabaco u otras sustancias debe abordarse como un problema sanitario y no únicamente desde una perspectiva moral o punitiva.

La APS puede desempeñar un papel clave mediante detección temprana, intervenciones breves, reducción de riesgos, acompañamiento familiar y referencia oportuna cuando existe dependencia grave o comorbilidad psiquiátrica.

La comunicación resulta especialmente importante en este campo. Las personas pueden ocultar síntomas o consumo por miedo a ser juzgadas. Una pregunta formulada de manera respetuosa puede abrir la puerta a una intervención temprana; una respuesta estigmatizante puede cerrar esa posibilidad durante años.

La salud mental debe integrarse también al manejo de enfermedades crónicas. Depresión y ansiedad pueden dificultar la adherencia a tratamientos, mientras que convivir durante años con una condición crónica puede afectar considerablemente el bienestar emocional.

Por ello, separar estrictamente salud física y mental es poco realista. La APS debe reconocer a la persona como una unidad.

3.3. Salud sexual, reproductiva, materna, infantil y atención integral durante el curso de vida

La atención primaria desempeña un papel esencial durante todas las etapas de la vida, desde el periodo preconcepcional y el embarazo hasta la infancia, adolescencia, edad adulta y envejecimiento.

La perspectiva de curso de vida reconoce que muchos resultados sanitarios futuros se construyen desde etapas tempranas. La nutrición materna, el control prenatal, el crecimiento infantil, la vacunación, el desarrollo emocional y las condiciones sociales pueden influir durante décadas.

La salud sexual y reproductiva debe abordarse desde un enfoque de derechos, información y autonomía. El primer nivel debe garantizar orientación anticonceptiva, prevención y diagnóstico de infecciones de

transmisión sexual, atención preconcepcional, control prenatal, identificación de embarazos de riesgo y atención respetuosa.

En este ámbito, las desigualdades territoriales y culturales resultan especialmente importantes. Juárez-Ramírez (2024) mostró las dificultades que persisten para implementar servicios obstétricos culturalmente competentes en contextos indígenas mexicanos. Su análisis evidencia que los problemas no se explican únicamente por falta de infraestructura, sino también por diferencias culturales y formas de interacción entre profesionales y comunidades.

La atención materna debe combinar seguridad clínica con respeto. Una mujer necesita recibir información comprensible, participar en decisiones y sentirse tratada con dignidad durante uno de los momentos más significativos de su vida.

La atención infantil enfrenta desafíos semejantes. Acosta Ruiz et al. (2024) identificaron problemas importantes en la calidad de la atención nutricional materno-infantil en servicios de atención primaria en México. Los autores realizaron un llamado urgente a fortalecer la calidad de estas intervenciones.

La nutrición durante embarazo, lactancia y primeros años de vida tiene implicaciones que trascienden la infancia. Una intervención temprana puede prevenir anemia, retrasos del crecimiento, obesidad y otras alteraciones posteriores.

Moncayo et al. (2024), al analizar varios países latinoamericanos, encontraron que una atención primaria sólida puede mitigar parte del impacto de crisis económicas sobre la salud infantil. Este hallazgo es particularmente relevante porque demuestra que la APS también puede actuar como mecanismo de protección social.

La adolescencia constituye otra etapa que requiere atención diferenciada. Los jóvenes necesitan espacios confidenciales y accesibles para hablar sobre sexualidad, salud mental, consumo de sustancias, violencia y relaciones interpersonales.

Una APS que juzga o moraliza pierde oportunidades de prevención. Por el contrario, un entorno respetuoso puede facilitar consultas tempranas y decisiones más informadas.

Durante la edad adulta, los servicios deben integrar prevención reproductiva con detección de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables. En la vejez, deben priorizar funcionalidad, multimorbilidad, polifarmacia y apoyo a cuidadores.

El enfoque de curso de vida evita fragmentar a la persona en programas independientes. La historia sanitaria no comienza de nuevo con cada etapa, sino que se construye acumulativamente.

3.4. Prevención, detección temprana y seguimiento de enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes en México

Aunque las enfermedades crónicas concentran gran parte de la carga epidemiológica contemporánea, las enfermedades transmisibles continúan representando una prioridad para el primer nivel.

Tuberculosis, infecciones respiratorias, enfermedades transmitidas por vectores, infecciones de transmisión sexual, hepatitis y otras condiciones requieren vigilancia, detección temprana, tratamiento y seguimiento territorial.

Además, la experiencia de COVID-19 demostró que nuevas amenazas pueden aparecer rápidamente y alterar por completo el funcionamiento de los servicios.

La atención primaria es esencial durante estos eventos porque se encuentra próxima a la comunidad. Puede identificar incrementos inusuales de síntomas, realizar vigilancia epidemiológica, educar a la población y mantener la atención de problemas no relacionados con la emergencia.

Juárez Herrera y Cairo et al. (2024) señalan que la pandemia de COVID-19 expuso debilidades importantes de los sistemas de APS

latinoamericanos, especialmente relacionadas con fragmentación, capacidad operativa y coordinación.

La experiencia dejó una lección fundamental: cuando el primer nivel se debilita durante una emergencia, no solo se afecta la respuesta a la enfermedad emergente. También se interrumpen controles prenatales, vacunación, seguimiento de enfermedades crónicas, atención mental y detección temprana de otros problemas.

Por ello, la resiliencia del primer nivel debe incluir la capacidad de mantener servicios esenciales mientras responde a una crisis.

La prevención de enfermedades transmisibles necesita integrar vacunación, vigilancia, educación sanitaria, diagnóstico temprano y seguimiento de contactos cuando corresponda. El primer nivel puede detectar patrones antes de que se conviertan en brotes de mayor magnitud.

La vigilancia comunitaria es especialmente importante en territorios donde enfermedades transmitidas por vectores mantienen presencia recurrente. Cambios ambientales, urbanización, movilidad poblacional y cambio climático pueden modificar patrones epidemiológicos.

En este contexto, la relación entre atención primaria y salud pública debe fortalecerse. El consultorio y la vigilancia epidemiológica no pueden funcionar como mundos separados. La información clínica generada en territorio puede convertirse en una alerta temprana para decisiones sanitarias.

Las enfermedades emergentes también requieren alfabetización sanitaria. Durante la pandemia se observó cómo la desinformación puede afectar conductas preventivas, aceptación de vacunas y confianza institucional.

La capacidad del personal para comunicar incertidumbre, explicar riesgos y responder preguntas forma parte de la preparación ante futuras emergencias.

Las prioridades epidemiológicas actuales exigen que el primer nivel responda simultáneamente a problemas de distinta naturaleza y complejidad. Aunque las enfermedades crónicas, la salud mental, las necesidades materno-infantiles y las enfermedades transmisibles presentan características particulares, todas requieren capacidades comunes de prevención, detección temprana, resolución inicial, seguimiento y coordinación. La Figura 3 sintetiza esta relación entre las principales necesidades epidemiológicas y las funciones que una atención primaria fortalecida debe desarrollar.



Figura 3. Prioridades epidemiológicas y capacidad resolutiva del primer nivel de atención

Como muestra la Figura 3, la capacidad resolutiva de la atención primaria no depende únicamente de disponer de recursos clínicos, sino de integrar prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento, seguimiento y coordinación dentro de una misma trayectoria asistencial. Las prioridades epidemiológicas pueden ser diferentes, pero comparten la necesidad de respuestas continuas y articuladas.

De este modo, el primer nivel puede resolver una mayor proporción de necesidades cercanas a la comunidad, identificar

oportunamente los casos que requieren mayor complejidad y mantener el acompañamiento de la persona durante todo el proceso de atención.

Antes de cerrar el capítulo, la Tabla 5 resume las capacidades que el primer nivel debería desarrollar frente a las cuatro grandes prioridades epidemiológicas analizadas.

Tabla 5. Capacidades prioritarias del primer nivel frente a las nuevas necesidades epidemiológicas

Área prioritaria	Detección	Resolución inicial	Seguimiento	Coordinación requerida
Enfermedades crónicas	Tamizaje de factores de riesgo, presión arterial, glucosa y riesgo cardiovascular	Inicio de tratamiento y educación para autocuidado	Control clínico y metabólico continuo	Nutrición, especialidades, laboratorio y hospital
Salud mental y adicciones	Identificación de depresión, ansiedad, riesgo suicida y consumo problemático	Intervenciones breves y tratamiento inicial de casos seleccionados	Evaluación de respuesta y adherencia	Psicología, psiquiatría y servicios de adicciones
Salud materna, sexual e infantil	Detección de riesgos preconcepcionales, obstétricos y del desarrollo infantil	Control prenatal, orientación anticonceptiva y cuidado preventivo	Seguimiento materno-infantil y del curso de vida	Obstetricia, pediatría y servicios especializados
Enfermedades transmisibles	Reconocimiento de síntomas, vigilancia y pruebas diagnósticas según protocolos	Tratamiento oportuno de condiciones manejables en APS	Control de respuesta, contactos y adherencia	Salud pública, epidemiología y laboratorios
Emergencias sanitarias	Identificación temprana de patrones inusuales	Clasificación inicial, orientación y manejo de casos leves	Vigilancia comunitaria y continuidad de cuidados	Redes hospitalarias y autoridades sanitarias

Fuente: elaboración propia a partir de Paniagua-Avila et al. (2025).

La Tabla 5 permite observar que la capacidad resolutiva no implica que el primer nivel deba resolver absolutamente todos los problemas. Su fortaleza consiste en saber qué puede manejar, qué debe vigilar y cuándo necesita coordinar con otro nivel especializado.

Un primer nivel débil deriva demasiado y demasiado tarde. Uno fortalecido resuelve lo que corresponde, identifica oportunamente aquello

que requiere mayor complejidad y acompaña a la persona durante todo el proceso.

Reflexión final del capítulo

Las nuevas prioridades epidemiológicas plantean uno de los desafíos más importantes para el sistema sanitario mexicano: construir un primer nivel de atención capaz de responder de manera integral, oportuna y continua a las necesidades de una población cada vez más diversa. La coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles, problemas de salud mental, necesidades materno-infantiles y amenazas infecciosas exige superar modelos asistenciales centrados exclusivamente en la atención de episodios aislados. En este escenario, la atención primaria de salud (APS) debe consolidarse como un espacio donde la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento formen parte de un mismo proceso de cuidado.

La complejidad epidemiológica actual demuestra que las necesidades de salud no siempre pueden comprenderse a partir de una sola enfermedad. Una persona puede vivir simultáneamente con diabetes, hipertensión y depresión; una mujer embarazada puede enfrentar dificultades nutricionales, violencia familiar y barreras económicas para acudir a sus controles; mientras que un adulto mayor puede presentar varias enfermedades que requieren tratamientos, acompañamiento familiar y apoyo social. Estas situaciones evidencian que la realidad clínica no se organiza en compartimentos independientes y que una atención fragmentada puede resultar insuficiente para responder a las necesidades reales de las personas.

Desde una perspectiva sanitaria, uno de los principales desafíos consiste en recuperar una visión integral del paciente. Con frecuencia, los servicios se organizan alrededor de enfermedades, especialidades o procedimientos específicos, mientras que las personas experimentan sus problemas de salud como parte de una misma realidad. Esta diferencia puede generar intervenciones desconectadas, duplicación de consultas y

dificultades para mantener la continuidad del tratamiento. Por ello, fortalecer el primer nivel implica comprender que detrás de cada diagnóstico existe una persona con condiciones biológicas, psicológicas, familiares y sociales que influyen en su bienestar.

En México, las enfermedades crónicas representan una prioridad que requiere especial atención debido a sus consecuencias sobre la calidad de vida y las necesidades de seguimiento prolongado. Antonio-Villa et al. (2024) muestran que incluso una enfermedad ampliamente estudiada como la diabetes presenta perfiles y desigualdades diferenciadas dentro del país. Esta evidencia invita a reconocer que las estrategias de prevención y tratamiento necesitan considerar las características de las poblaciones y los factores que condicionan su acceso a servicios y recursos de cuidado.

De manera complementaria, Campos-Nonato et al. (2023) evidencian que el control de la hipertensión arterial continúa siendo un desafío importante. Estas condiciones permiten comprender que no basta con ampliar las oportunidades de diagnóstico si posteriormente no existen mecanismos adecuados para garantizar el tratamiento, la vigilancia clínica y la continuidad asistencial. Identificar una enfermedad representa un avance, pero su verdadero valor depende de que la persona reciba orientación, seguimiento y apoyo para afrontar las dificultades que puedan surgir durante su tratamiento.

Desde una mirada humana, es importante reconocer que vivir con una enfermedad crónica puede transformar profundamente la vida cotidiana. Para algunos pacientes, asistir a controles frecuentes significa ausentarse del trabajo, invertir recursos en transporte o reorganizar las responsabilidades familiares. Otros pueden experimentar temor ante posibles complicaciones o dificultades para mantener las recomendaciones terapéuticas. Por esta razón, la atención primaria necesita desarrollar estrategias que reconozcan estas circunstancias y promuevan decisiones compartidas, comprensibles y adaptadas a las posibilidades de cada persona.

La salud mental constituye otra dimensión que exige una transformación significativa en los modelos de atención. Durante mucho tiempo, los problemas emocionales y psicológicos han recibido respuestas insuficientes o se han abordado principalmente cuando alcanzan niveles de mayor gravedad. Sin embargo, el bienestar mental forma parte inseparable de la salud integral y puede influir en las relaciones familiares, el desempeño escolar, la actividad laboral y la capacidad para afrontar enfermedades físicas.

Paniagua-Avila et al. (2025) aportan evidencia sobre las posibilidades y la necesidad de integrar la atención de salud mental en servicios primarios y comunitarios de América Latina. Este planteamiento resulta especialmente relevante porque permite reconocer que la identificación temprana, el acompañamiento inicial y la coordinación con otros servicios especializados pueden contribuir a construir respuestas más cercanas y oportunas.

Humanizar la atención de la salud mental implica superar las actitudes de juicio, indiferencia o estigmatización que todavía pueden dificultar la búsqueda de ayuda. Una persona con depresión necesita ser escuchada sin que su sufrimiento sea minimizado; un adolescente con consumo problemático de sustancias requiere orientación profesional y comprensión de las circunstancias que influyen en su situación; y una familia que enfrenta dificultades emocionales necesita encontrar servicios accesibles y relaciones de confianza. La atención primaria puede desempeñar un papel importante en estos procesos, siempre que sus equipos cuenten con preparación, recursos y mecanismos de derivación adecuados.

La salud materna e infantil también representa una prioridad que requiere respuestas integrales y sostenidas. Durante el embarazo, el nacimiento y los primeros años de vida, las condiciones de atención pueden influir significativamente en el bienestar de las madres, los niños y sus familias. Acosta Ruiz et al. (2024) advierten sobre dificultades relacionadas con la calidad de la atención nutricional primaria en México,

lo que recuerda la importancia de fortalecer no solamente la disponibilidad de servicios, sino también la pertinencia de las intervenciones ofrecidas.

Por su parte, Moncayo et al. (2024) muestran que la atención primaria puede contribuir a proteger la salud infantil incluso durante periodos de crisis económica. Esta evidencia permite reconocer su función como mecanismo de protección social, especialmente cuando las familias enfrentan circunstancias que pueden limitar sus posibilidades de mantener condiciones adecuadas de cuidado.

Desde una perspectiva de salud pública, atender integralmente a una mujer embarazada implica mucho más que verificar parámetros clínicos. También supone reconocer sus condiciones nutricionales, emocionales, familiares y económicas, escuchar sus preocupaciones y facilitar el acceso a servicios cuando aparecen factores de riesgo. De igual manera, proteger la salud infantil requiere acompañar a las familias mediante acciones preventivas, vigilancia del crecimiento y desarrollo, vacunación, orientación nutricional e identificación oportuna de dificultades.

Las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes añaden otra dimensión de complejidad. Las experiencias sanitarias recientes han demostrado que los servicios de primer nivel deben mantener su capacidad para atender necesidades habituales y, al mismo tiempo, responder a amenazas que requieren vigilancia, detección temprana y coordinación institucional. Esta doble responsabilidad exige contar con equipos preparados, sistemas de información confiables y procedimientos que favorezcan la continuidad de los servicios esenciales incluso durante situaciones de emergencia.

La prevención y el control de las enfermedades infecciosas también requieren participación comunitaria. La información clara, la identificación de riesgos y la comunicación respetuosa pueden contribuir a fortalecer la confianza hacia las recomendaciones sanitarias. Sin

embargo, las estrategias preventivas deben considerar las características culturales, las condiciones de vivienda y las posibilidades reales de las personas para adoptar determinadas medidas. Una recomendación técnicamente adecuada puede resultar difícil de cumplir cuando desconoce las circunstancias en las que vive la población.

Frente a este panorama, la capacidad resolutiva del primer nivel adquiere una importancia decisiva. No se trata de convertir a los establecimientos de atención primaria en espacios capaces de resolver cualquier problema clínico, sino de fortalecer sus posibilidades para identificar riesgos, atender oportunamente las condiciones que corresponden a su nivel y coordinar de manera adecuada aquellas situaciones que requieren servicios especializados.

Una atención primaria resolutiva necesita personal capacitado, medicamentos esenciales, recursos diagnósticos pertinentes, información clínica disponible y mecanismos de referencia y contrarreferencia que funcionen de manera efectiva. Cuando estos elementos se encuentran articulados, es posible disminuir dificultades innecesarias y ofrecer experiencias de atención más continuas.

No obstante, la capacidad resolutiva también posee una dimensión humana que merece especial atención. Cada derivación innecesaria puede representar gastos adicionales, tiempo de traslado y preocupación para una familia. Cada diagnóstico tardío puede incrementar el riesgo de complicaciones y afectar la calidad de vida. Asimismo, cada consulta desconectada de las anteriores obliga al paciente a repetir su historia y puede debilitar la confianza hacia los servicios. Estas situaciones recuerdan que mejorar la organización sanitaria no constituye únicamente una meta administrativa, sino una responsabilidad vinculada con la dignidad y el bienestar de las personas.

Uno de los mayores avances que podría alcanzar la atención primaria mexicana consiste en consolidar una relación de continuidad entre los equipos de salud y las comunidades. Conocer a la población

permite reconocer factores de riesgo, identificar necesidades recurrentes y construir estrategias preventivas antes de que los problemas alcancen mayor gravedad. Esta cercanía también facilita comprender las circunstancias familiares y sociales que pueden influir en las decisiones relacionadas con el cuidado.

La continuidad asistencial resulta especialmente importante para quienes viven con enfermedades crónicas, presentan múltiples condiciones de salud o requieren acompañamiento prolongado. Disponer de profesionales que conozcan sus antecedentes y mantengan comunicación con otros niveles de atención puede contribuir a mejorar la coordinación del cuidado. Además, favorece una relación de confianza en la que los pacientes encuentran mayores oportunidades para expresar sus dudas y participar en las decisiones sobre su tratamiento.

Otro aspecto fundamental consiste en fortalecer el trabajo interdisciplinario. Las necesidades epidemiológicas contemporáneas difícilmente pueden abordarse desde una sola profesión. El personal médico, de enfermería, psicología, nutrición, trabajo social y demás integrantes de los equipos sanitarios aportan conocimientos complementarios que permiten comprender diferentes dimensiones de los problemas de salud.

Asimismo, es indispensable reconocer que los desafíos epidemiológicos no afectan a todas las poblaciones de la misma manera. Las desigualdades económicas, territoriales y sociales pueden modificar las posibilidades de prevenir enfermedades, recibir diagnósticos oportunos y mantener tratamientos. En consecuencia, fortalecer la capacidad resolutiva también requiere incorporar criterios de equidad, evitando que las comunidades con mayores dificultades de acceso reciban respuestas insuficientes.

Esta realidad invita a considerar que una estrategia sanitaria no debería evaluarse exclusivamente por el número de consultas realizadas o diagnósticos registrados. También es necesario analizar si las personas

reciben seguimiento, si comprenden las indicaciones, si encuentran disponibles los tratamientos y si logran acceder oportunamente a otros servicios cuando los necesitan. Estos aspectos permiten aproximarse a la calidad del cuidado desde una perspectiva más cercana a la experiencia de los pacientes.

En definitiva, las nuevas prioridades epidemiológicas exigen comprender la atención primaria como un proceso integral, preventivo y continuo. Su fortalecimiento requiere conocimientos clínicos actualizados, recursos suficientes, coordinación institucional y una relación cercana con las comunidades. Sin embargo, estos componentes solamente adquieren verdadero sentido cuando permiten responder a las necesidades de las personas con oportunidad, respeto y sensibilidad.

Para México, el desafío consiste en avanzar desde un primer nivel que responde principalmente a la demanda inmediata hacia una atención primaria capaz de conocer a su población, identificar riesgos, anticipar complicaciones y acompañar los procesos de salud y enfermedad a lo largo de la vida. Este cambio requiere decisiones institucionales sostenidas y profesionales comprometidos y comprometidas con una práctica que reconozca tanto la complejidad clínica como la dimensión humana del cuidado.

Una atención primaria verdaderamente fortalecida no espera a que la enfermedad avance, se acerca a las personas, reconoce sus necesidades y las acompaña con conocimiento, oportunidad y humanidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Ruiz, O., et al. (2024). Low quality of maternal and child nutritional care at the primary care in Mexico: An urgent call to action for policymakers and stakeholders. *International Journal for Equity in Health, 23*, 35. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02129-z

Antonio-Villa, N. E., et al. (2024). Diabetes subgroups and sociodemographic inequalities in Mexico: A cross-sectional analysis of nationally representative surveys from 2016 to 2022. *The Lancet Regional Health – Americas, 33*, 100732. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100732

Campos-Nonato, I., et al. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: Resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México, 65*, S169–S180. https://doi.org/10.21149/14779

Croke, K., et al. (2024). Primary health care in practice: Usual source of care and health system performance across 14 countries. *The Lancet Global Health, 12*(1), e134–e144. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00513-2

Cubillos, L., et al. (2021). The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: Systematic review. *BJPsych Bulletin, 45*(1), 40–52. https://doi.org/10.1192/bjb.2020.35

Juárez Herrera y Cairo, L. A., Carrasco-Portiño, M., Cuba-Fuentes, M. S., Posenato García, L., Bermúdez-Tamayo, C., & Pérez-Muto, V. (2024). Reformas de atención primaria en América Latina: Avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. *Gaceta Sanitaria, 38*, 102430. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102430

Juárez-Ramírez, C. (2024). Challenges for implementing culturally competent obstetric services in an Indigenous context in Mexico.

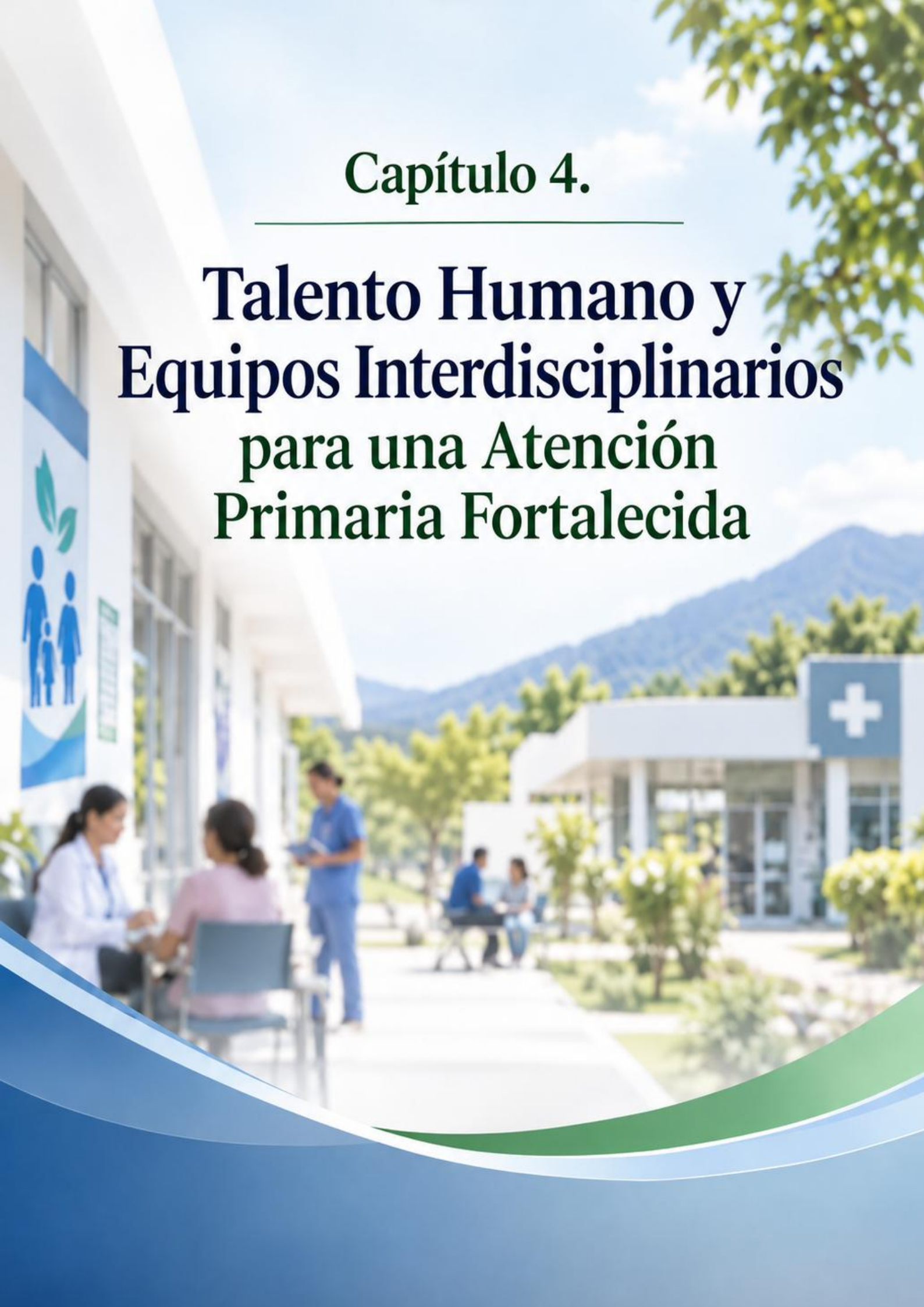
Ciência & Saúde Coletiva, 29(12), e07332024. https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.07332024

Moncayo, A. L., et al. (2024). Can primary health care mitigate the effects of economic crises on child health in Latin America? An integrated multicountry evaluation and forecasting analysis. *The Lancet Global Health, 12*(6), e938–e946. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00094-9

Paniagua-Avila, A., et al. (2025). Integrated programs for common mental illnesses within primary care and community settings in Latin America: A scoping review of components and implementation strategies. *The Lancet Regional Health – Americas, 41*, 100931. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100931

Sapag, J. C., et al. (2024). Developing and testing an evaluation framework for collaborative mental health services in primary care systems in Latin America. *Community Mental Health Journal, 60*(3), 426–437. https://doi.org/10.1007/s10597-023-01186-y

Silva-Tinoco, R., et al. (2023). Impact of a multicomponent integrated care delivery program on diabetes care goals achievement: A primary care quality improvement initiative. *Primary Care Diabetes, 17*(6), 568–574. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.07.004



Capítulo 4.

Talento Humano y Equipos Interdisciplinarios para una Atención Primaria Fortalecida

Capítulo 4.

Talento humano y equipos interdisciplinarios para una atención primaria fortalecida

por

Dr. Luis Alberto Limón Montelongo

Ningún modelo de atención primaria puede consolidarse únicamente mediante reformas normativas, infraestructura o incorporación de tecnología. En el centro de cualquier sistema sanitario se encuentran las personas que prestan los servicios: médicos, profesionales de enfermería, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, trabajadores sociales, promotores comunitarios, personal administrativo y otros actores que diariamente convierten las políticas sanitarias en atención concreta.

Por esta razón, fortalecer el primer nivel de atención en México exige situar al talento humano como uno de los componentes estratégicos del sistema. La disponibilidad de establecimientos pierde gran parte de su significado cuando estos funcionan con equipos incompletos, profesionales sobrecargados, alta rotación o insuficientes oportunidades de capacitación. Asimismo, ampliar la cobertura formal difícilmente puede traducirse en acceso efectivo cuando determinados territorios permanecen sin personal suficiente para atender las necesidades de su población.

Ramonfaur y Gómez-Dantés (2025) advierten que México continúa enfrentando un déficit significativo de médicos y, especialmente, una distribución desigual de estos profesionales entre regiones y niveles de atención. El problema no se limita, por tanto, al número total de trabajadores sanitarios disponibles. También importa dónde están, qué competencias poseen, en qué condiciones trabajan y cuánto tiempo permanecen en las comunidades a las que han sido asignados.

La situación adquiere particular relevancia en regiones rurales, indígenas, fronterizas y socialmente marginadas, donde la escasez de profesionales puede combinarse con mayores necesidades sanitarias y dificultades de acceso geográfico. En estos territorios, la ausencia o rotación frecuente de personal afecta la continuidad del cuidado y limita la construcción de vínculos de confianza entre los servicios y la comunidad.

Al mismo tiempo, el perfil epidemiológico contemporáneo exige capacidades diferentes a las requeridas por modelos tradicionales centrados en episodios agudos. Diabetes, hipertensión, multimorbilidad, salud mental, envejecimiento, problemas materno-infantiles y necesidades de rehabilitación demandan equipos capaces de trabajar conjuntamente y acompañar a las personas durante periodos prolongados.

Fortalecer el talento humano implica, por tanto, intervenir simultáneamente sobre formación, competencias, organización del trabajo, distribución territorial, condiciones laborales y bienestar profesional. Estos elementos se encuentran estrechamente relacionados: profesionales adecuadamente formados pero sometidos a sobrecarga permanente difícilmente podrán ofrecer atención segura y humanizada; del mismo modo, mejores condiciones laborales tendrán un impacto limitado si la organización continúa fragmentando responsabilidades entre disciplinas.

Este capítulo examina estas dimensiones desde la realidad mexicana y las conecta con experiencias latinoamericanas que permiten identificar oportunidades para construir equipos de atención primaria más estables, competentes, interdisciplinarios y cercanos a las comunidades.

4.1. Formación y competencias del personal sanitario para el primer nivel de atención en México

Trabajar en atención primaria requiere un conjunto de competencias que supera ampliamente la resolución de enfermedades frecuentes. El profesional necesita interpretar problemas clínicos dentro de contextos familiares y sociales, identificar riesgos antes de que aparezca la enfermedad, acompañar condiciones crónicas, trabajar con otros profesionales y mantener comunicación efectiva con personas que poseen diferentes niveles educativos, condiciones económicas y referentes culturales.

En este sentido, la formación para la APS debe responder a la realidad epidemiológica y social del territorio.

Reyes-Morales et al. (2024) plantean que posicionar a la atención primaria como eje del sistema mexicano requiere cambios estructurales que permitan responder a una población marcada por envejecimiento, necesidades sanitarias crecientes, desigualdad y rezago social. Esto significa que las competencias profesionales deben adaptarse a problemas cada vez más complejos.

El primer nivel necesita profesionales capaces de resolver problemas clínicos frecuentes sin depender sistemáticamente del hospital o del especialista. Esta capacidad incluye prevención, diagnóstico temprano, tratamiento inicial, seguimiento y reconocimiento oportuno de aquellos casos cuya complejidad justifica una referencia.

No obstante, la competencia clínica constituye únicamente una parte de la preparación necesaria.

El profesional de APS también debe poseer habilidades para trabajar con familias y comunidades. Comprender el contexto en el que vive una persona permite interpretar mejor sus posibilidades de seguir una recomendación. Una indicación terapéutica puede ser científicamente correcta y, al mismo tiempo, resultar poco viable cuando

no considera los recursos económicos, condiciones laborales o características culturales del paciente.

La formación, por ello, necesita incorporar determinantes sociales de la salud, interculturalidad, enfoque de género, comunicación clínica, derechos humanos y participación comunitaria.

También resulta fundamental fortalecer las competencias relacionadas con enfermedades crónicas. La atención de una persona con diabetes o hipertensión no debería reducirse a repetir una prescripción. El equipo debe comprender el riesgo cardiovascular, evaluar adherencia, identificar complicaciones tempranas y acompañar cambios sostenidos de comportamiento.

La salud mental constituye otra competencia indispensable. Como se analizó anteriormente, depresión, ansiedad, consumo problemático de sustancias y riesgo suicida pueden aparecer inicialmente en una consulta de atención primaria. Formar profesionales que identifiquen estos problemas evita que la atención dependa exclusivamente de servicios especializados.

La preparación frente a emergencias sanitarias representa otro aprendizaje derivado de los últimos años. Los equipos necesitan competencias en vigilancia, comunicación de riesgos, control de infecciones y continuidad de servicios esenciales durante situaciones de crisis.

La formación tampoco termina con la obtención de un título. El conocimiento médico y sanitario cambia rápidamente y exige educación continua. La actualización profesional debería formar parte de la jornada laboral y no depender únicamente del tiempo personal del trabajador.

En esta línea, las tecnologías digitales pueden ampliar las oportunidades de capacitación mediante educación a distancia, teleconsultoría y discusión virtual de casos, especialmente en lugares alejados de grandes centros académicos.

Reynolds et al. (2024), al estudiar profesionales que brindaban atención a población migrante en Matamoros y Reynosa, identificaron precisamente la importancia de incorporar formación sobre asistencia humanitaria, colaboración institucional y apoyo a los equipos que trabajan en contextos particularmente exigentes. Su estudio muestra que las competencias profesionales deben responder también al tipo de población y territorio donde se desarrolla el trabajo.

En consecuencia, una política de formación para APS debería partir de una pregunta sencilla pero decisiva: ¿qué necesita saber y ser capaz de hacer un profesional para resolver los problemas reales de la población de su territorio?

La respuesta debe orientar tanto la formación universitaria como la educación continua.

4.2. Medicina familiar, enfermería y equipos interdisciplinarios en la organización del trabajo en salud

La complejidad de las necesidades contemporáneas hace cada vez menos sostenible un modelo basado exclusivamente en consultas individuales y responsabilidades profesionales aisladas.

La medicina familiar tiene un papel estratégico porque su orientación hacia la persona, la familia y el curso de vida coincide estrechamente con los principios de la APS. El médico familiar puede resolver una proporción considerable de las necesidades sanitarias frecuentes, acompañar enfermedades crónicas y coordinar el tránsito hacia otros niveles.

Sin embargo, fortalecer la atención primaria no significa fortalecer únicamente la medicina familiar.

Enfermería constituye uno de los pilares del primer nivel. Sus competencias en educación, prevención, vacunación, seguimiento de enfermedades crónicas, cuidado domiciliario y promoción de la salud permiten mantener un contacto longitudinal con personas y familias.

En un modelo verdaderamente interdisciplinario, determinadas actividades no deberían depender necesariamente de una consulta médica. Profesionales de enfermería adecuadamente capacitados pueden participar en seguimiento de hipertensión, diabetes, vacunación, educación terapéutica, valoración de riesgos y cuidado de pacientes con necesidades prolongadas.

Esto libera capacidad médica para problemas que requieren mayor complejidad clínica y, al mismo tiempo, amplía el acceso.

Nutrición constituye otro componente fundamental frente a obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular. Psicología adquiere creciente relevancia para integrar salud mental. Trabajo social permite conectar necesidades clínicas con condiciones familiares y económicas. Odontología, rehabilitación y farmacia aportan capacidades específicas que también forman parte de una concepción integral de salud.

La interdisciplinariedad, sin embargo, no consiste simplemente en reunir diferentes profesionales dentro del mismo edificio.

Un equipo existe cuando sus integrantes comparten información, objetivos y responsabilidades.

Si un médico desconoce lo realizado por enfermería, nutrición no recibe información clínica relevante y psicología funciona mediante circuitos independientes, existe multiprofesionalidad, pero no necesariamente trabajo interdisciplinario.

La coordinación requiere reuniones de equipo, registros clínicos compartidos, definición clara de funciones y protocolos que establezcan responsabilidades.

Olaya Zuñiga, Parra-García y Gómez-Barrera (2024) amplían esta idea al analizar el papel de los trabajadores comunitarios de salud en seis países latinoamericanos. Los autores muestran que estos actores tienen capacidad para participar en promoción, prevención y acercamiento de

los servicios a las comunidades, aunque su integración institucional continúa presentando dificultades.

Su participación resulta especialmente valiosa porque permite incorporar conocimiento territorial al equipo. El profesional puede conocer la enfermedad; el trabajador comunitario puede conocer las condiciones en las que esa enfermedad se vive.

Un promotor que identifica a una persona mayor que dejó de acudir a controles, una partera que reconoce signos de alarma en una mujer embarazada o un agente comunitario que detecta dificultades de vacunación está ampliando la capacidad del sistema mucho más allá de las paredes de la unidad sanitaria.

Esta articulación puede ser especialmente relevante en comunidades rurales e indígenas de México, donde la confianza y el conocimiento del territorio constituyen recursos esenciales.

El trabajo interdisciplinario también reduce la carga que recae sobre un único profesional. Cuando las responsabilidades se distribuyen racionalmente, aumenta la capacidad resolutiva y disminuye la necesidad de derivaciones evitables.

La transformación implica pasar de una pregunta tradicional —"¿qué profesional debe atender esta enfermedad?"— hacia otra más integral: "¿qué necesita esta persona y qué integrante del equipo está mejor preparado para responder a cada necesidad?"

Este cambio aparentemente pequeño representa una forma distinta de organizar el cuidado.

4.3. Distribución, retención y cobertura del talento humano en zonas rurales, indígenas y desatendidas

Uno de los principales desafíos para México no consiste únicamente en formar profesionales, sino en lograr que estén disponibles allí donde más se necesitan.

Ramonfaur y Gómez-Dantés (2025) señalan que la escasez médica mexicana se encuentra acompañada por importantes problemas de distribución. En otras palabras, aumentar el número total de profesionales no garantiza automáticamente una mejor cobertura cuando estos continúan concentrándose en grandes ciudades y determinados sectores del sistema.

La concentración urbana tiene múltiples explicaciones. Las ciudades suelen ofrecer mayores oportunidades de formación especializada, mejores condiciones de infraestructura, posibilidades laborales para familiares y acceso a servicios educativos y sociales.

En contraste, trabajar en una localidad remota puede implicar aislamiento profesional, equipamiento limitado, vivienda insuficiente, dificultades de transporte y menores oportunidades de desarrollo académico.

Pretender corregir esta distribución únicamente mediante obligaciones temporales tiene resultados limitados. Las políticas de retención necesitan comprender qué hace posible que un profesional quiera permanecer en determinado territorio.

Los incentivos económicos son importantes, pero no suficientes.

La estabilidad contractual, disponibilidad de vivienda, condiciones de seguridad, oportunidades educativas, conectividad, supervisión profesional y posibilidades de desarrollo de carrera pueden determinar tanto como el salario la decisión de permanecer.

La formación también puede influir. Reclutar estudiantes provenientes de comunidades rurales y ofrecer trayectorias formativas vinculadas con dichos territorios puede aumentar la posibilidad de retorno y permanencia. Una persona que conoce el contexto cultural y social de una región parte de una relación diferente con su comunidad.

Las zonas indígenas plantean necesidades adicionales. Además de disponibilidad profesional, se requiere competencia intercultural y,

cuando corresponda, apoyo lingüístico. Un servicio no puede considerarse plenamente accesible si dispone de personal pero la comunicación entre profesionales y población resulta insuficiente.

La situación de las fronteras y rutas migratorias ilustra otro desafío. Reynolds et al. (2024), en Matamoros y Reynosa, identificaron entre profesionales de organizaciones humanitarias barreras relacionadas con responsabilidades laborales y familiares, seguridad y preparación específica, mientras que el apoyo logístico y la flexibilidad institucional facilitaron su participación.

Este hallazgo ofrece una lección más amplia: la disponibilidad del trabajador sanitario no depende exclusivamente de vocación individual. Las condiciones organizativas pueden facilitar o impedir su presencia en territorios complejos.

La distribución debe basarse además en necesidades poblacionales y no únicamente en cifras generales de habitantes. Una región con alto envejecimiento, pobreza, enfermedades crónicas, dispersión poblacional o barreras geográficas puede necesitar proporcionalmente mayores recursos.

Por ello, la planificación del talento humano debería incorporar indicadores epidemiológicos, sociales y territoriales. La telemedicina puede complementar esta estrategia, especialmente mediante teleconsultoría entre profesionales y especialistas. Sin embargo, no debe utilizarse como sustituto permanente de equipos presenciales en comunidades desatendidas.

La tecnología puede acercar conocimientos; no puede reemplazar completamente la presencia humana. Antes de analizar el bienestar profesional, conviene sintetizar las dimensiones que deben abordarse conjuntamente. La Tabla 6 relaciona los principales desafíos del talento humano con estrategias concretas para fortalecer la APS mexicana.

Tabla 6. Desafíos y estrategias para fortalecer el talento humano del primer nivel de atención en México

Dimensión	Problema identificado	Estrategias prioritarias	Resultado esperado
Formación profesional	Preparación insuficientemente orientada hacia APS y necesidades comunitarias	Fortalecer medicina familiar, prevención, salud mental, interculturalidad, determinantes sociales y gestión de enfermedades crónicas	Profesionales con mayor capacidad resolutiva
Trabajo interdisciplinario	Funciones fragmentadas entre disciplinas	Definir roles, protocolos compartidos, reuniones de equipo y responsabilidades complementarias	Atención integral y mejor uso de competencias
Enfermería	Subutilización potencial de competencias profesionales	Ampliar funciones en prevención, educación, seguimiento y gestión de enfermedades crónicas	Mayor acceso y continuidad asistencial
Trabajadores comunitarios	Participación heterogénea y escasa integración institucional	Formación, reconocimiento, supervisión y vinculación formal con equipos de APS	Mayor conexión entre servicios y comunidad
Distribución territorial	Concentración de profesionales en zonas urbanas	Planificación basada en necesidades, incentivos y formación vinculada con territorios prioritarios	Reducción de brechas geográficas
Retención	Alta rotación en zonas rurales y desatendidas	Estabilidad laboral, vivienda, seguridad, conectividad, formación continua y carrera profesional	Equipos más estables y continuidad del cuidado
Competencia intercultural	Barreras lingüísticas y culturales	Formación intercultural e incorporación de mediadores y actores locales	Atención más accesible y respetuosa
Carga laboral	Sobrecarga asistencial y administrativa	Dotación suficiente, distribución de tareas y simplificación de procesos	Menor agotamiento y mayor tiempo para atención
Bienestar profesional	Estrés crónico, desgaste y riesgo de burnout	Prevención organizacional, apoyo psicológico, descansos y liderazgo saludable	Mayor bienestar, permanencia y seguridad asistencial

Fuente: elaboración propia a partir de Reyes-Morales et al. (2024).

La Tabla 6 muestra que las estrategias de talento humano no deberían desarrollarse de manera independiente. Formación, distribución, estabilidad y bienestar forman parte de un mismo sistema.

Enviar un profesional altamente capacitado a un territorio sin recursos ni posibilidades de desarrollo probablemente favorecerá su salida. Del mismo modo, ofrecer incentivos económicos sin garantizar apoyo profesional puede resultar insuficiente para lograr permanencia. La solución requiere crear condiciones para que trabajar en el primer nivel, y especialmente en territorios históricamente desatendidos, constituya una trayectoria profesional valorada y sostenible.

Las diferentes dimensiones analizadas muestran que el fortalecimiento del talento humano en atención primaria no puede reducirse al incremento del número de profesionales. La formación, el trabajo interdisciplinario, la distribución territorial, las condiciones que favorecen la permanencia y el bienestar laboral constituyen componentes interdependientes de un mismo sistema. La Figura 4 representa este ecosistema y muestra cómo su articulación contribuye a construir equipos de atención primaria más estables.



Figura 4. Ecosistema para el fortalecimiento del talento humano en atención primaria de salud

Como se observa en la Figura 4, disponer de profesionales adecuadamente formados constituye solo uno de los componentes necesarios para fortalecer el primer nivel. Las competencias deben complementarse con organización interdisciplinaria, distribución territorial equitativa, condiciones laborales que favorezcan la permanencia y estrategias institucionales orientadas al bienestar. La interacción de estas dimensiones permite consolidar equipos capaces de resolver una mayor proporción de necesidades, mantener relaciones longitudinales con las personas y comunidades y ofrecer una atención más integral, segura y humanizada.

4.4. Condiciones laborales, bienestar profesional y prevención del agotamiento en el personal del primer nivel

Hablar de calidad sanitaria sin hablar de las condiciones en las que trabajan quienes proporcionan la atención deja incompleto el análisis.

Los profesionales pueden mantener durante cierto tiempo un elevado compromiso incluso dentro de sistemas sometidos a presión, pero la sobrecarga permanente termina afectando el bienestar personal, la satisfacción laboral y potencialmente la calidad de la atención.

El agotamiento profesional o *burnout* constituye una manifestación de este problema. No debe confundirse con cansancio ocasional. Se relaciona con exposición prolongada a condiciones laborales exigentes y puede expresarse mediante agotamiento emocional, distanciamiento frente al trabajo y disminución de la percepción de realización profesional.

Castañeda Aguilera y García de Alba García (2022), al estudiar médicos especialistas mexicanos, documentaron la presencia del síndrome de agotamiento profesional y analizaron variables asociadas con su aparición. Aunque su población no se restringió al primer nivel, sus resultados ofrecen una advertencia relevante para el conjunto del sistema sanitario mexicano: el bienestar profesional requiere ser

considerado como un problema organizacional y no únicamente individual.

Esta distinción es fundamental.

Con frecuencia, las respuestas al agotamiento se concentran exclusivamente en recomendar ejercicio, descanso, técnicas de relajación o estrategias personales de afrontamiento. Estas medidas pueden contribuir al bienestar, pero resultan insuficientes cuando las causas principales son cargas de trabajo excesivas, turnos prolongados, falta de personal, inseguridad contractual, violencia laboral o exceso de tareas administrativas.

No es razonable pedir a un profesional que gestione mejor su estrés mientras se mantienen intactas las condiciones que lo producen. La prevención del agotamiento debe actuar, por tanto, sobre la organización.

Una dotación adecuada de personal reduce la presión sobre cada integrante. Distribuir responsabilidades entre disciplinas evita que determinadas tareas se concentren innecesariamente. Mejorar los sistemas de información puede disminuir duplicaciones y carga administrativa. Garantizar periodos de descanso permite recuperar capacidades físicas y emocionales.

El liderazgo también desempeña un papel importante. Los equipos necesitan espacios donde expresar dificultades sin temor a sanciones y mecanismos para participar en decisiones relacionadas con su trabajo cotidiano.

La violencia y agresiones hacia el personal sanitario constituyen otra fuente de estrés que debe ser reconocida. Los conflictos pueden intensificarse cuando existen largas esperas, escasez de medicamentos o expectativas que el profesional no tiene capacidad institucional para resolver.

En estas circunstancias, el trabajador se convierte muchas veces en el rostro visible de problemas cuya causa se encuentra en niveles organizativos mucho más amplios.

Proteger al personal implica también mejorar el funcionamiento del sistema.

Reynolds et al. (2024) encontraron que los profesionales que trabajaban con población migrante en la frontera México-Estados Unidos identificaban, junto con motivaciones altruistas y aprendizaje profesional, sacrificios relacionados con obligaciones laborales y familiares y preocupaciones por seguridad. Además, los participantes señalaron la importancia del apoyo logístico y de salud mental.

Estas observaciones adquieren un significado particular en territorios sometidos a elevada presión social. Profesionales que atienden poblaciones migrantes, comunidades afectadas por violencia, regiones remotas o emergencias sanitarias pueden necesitar mecanismos adicionales de acompañamiento.

La continuidad de los equipos también depende del bienestar. Un profesional agotado tiene mayor probabilidad de considerar abandonar un puesto, reducir su jornada o buscar otros entornos laborales. En zonas donde reemplazar personal resulta difícil, esta salida puede agravar todavía más la carga de quienes permanecen, generando un círculo de sobrecarga y rotación.

Por ello, bienestar y retención están estrechamente relacionados.

También existe una dimensión humana que merece especial atención. Quien atiende diariamente dolor, enfermedad, muerte, pobreza, violencia o sufrimiento emocional no permanece completamente ajeno a esas experiencias. El contacto repetido puede producir fatiga emocional, especialmente cuando el profesional percibe que dispone de recursos insuficientes para resolver los problemas que observa.

Crear espacios de apoyo entre compañeros, supervisión y atención psicológica cuando sea necesaria no representa un lujo institucional. Forma parte del cuidado de quienes cuidan.

Esta perspectiva resulta coherente con una APS centrada en las personas. No sería consistente promover una atención humanizada para los pacientes mientras se normalizan condiciones laborales deshumanizantes para los trabajadores. La humanización debe existir en ambas direcciones.

Reflexión final del capítulo

La fortaleza de la atención primaria de salud depende, en gran medida, de la preparación, el compromiso y las condiciones en las que trabajan sus equipos sanitarios. Aunque la infraestructura, los medicamentos y las tecnologías constituyen recursos indispensables para garantizar servicios de calidad, ninguno de estos elementos puede sustituir el conocimiento, la experiencia y la sensibilidad de los profesionales que acompañan diariamente a las personas. Un centro de salud puede disponer de instalaciones adecuadas y equipamiento moderno, pero difícilmente logrará desarrollar actividades sostenidas de prevención, seguimiento y atención comunitaria si carece de personal suficiente o si sus trabajadores enfrentan condiciones permanentes de sobrecarga.

El análisis desarrollado en este capítulo permite reconocer que uno de los principales desafíos del sistema sanitario mexicano consiste en fortalecer el talento humano desde una perspectiva integral. No se trata únicamente de incrementar el número de profesionales disponibles, sino de garantizar una distribución más equitativa, desarrollar capacidades pertinentes y construir condiciones que favorezcan su permanencia en los diferentes territorios. Esta necesidad adquiere especial importancia en comunidades rurales, indígenas y zonas alejadas, donde las dificultades de acceso pueden profundizar las desigualdades existentes.

Ramonfaur y Gómez-Dantés (2025) llaman la atención sobre la persistencia de problemas relacionados con la escasez y la distribución desigual de médicos en México. Este planteamiento invita a reflexionar sobre la necesidad de superar una planificación basada exclusivamente en indicadores nacionales. Conocer cuántos profesionales existen constituye una información necesaria, pero resulta insuficiente si no se considera dónde trabajan, cuáles son las necesidades de las poblaciones que atienden y qué condiciones influyen en su permanencia dentro del sistema.

Desde una perspectiva de salud pública, considero que una política de talento humano debe comenzar por comprender las realidades de los territorios. Las necesidades de una comunidad urbana con acceso a diferentes servicios especializados no son idénticas a las de una localidad donde el establecimiento sanitario más cercano se encuentra a varias horas de distancia. En estos últimos contextos, la presencia estable de un equipo de salud puede representar una diferencia fundamental para la prevención, la identificación temprana de enfermedades y la continuidad del tratamiento.

Sin embargo, garantizar la presencia de profesionales requiere algo más que asignar plazas de trabajo. También es necesario ofrecer oportunidades de formación, condiciones laborales dignas, recursos suficientes y mecanismos de acompañamiento institucional. La permanencia del personal sanitario difícilmente puede sostenerse cuando los trabajadores enfrentan aislamiento profesional, dificultades de abastecimiento o responsabilidades que superan permanentemente sus posibilidades de respuesta. Por ello, fortalecer la distribución territorial del talento humano implica reconocer que las decisiones administrativas tienen consecuencias directas sobre la calidad y la continuidad del cuidado.

Otro aspecto relevante es la necesidad de consolidar equipos interdisciplinarios capaces de comprender la complejidad de los problemas sanitarios contemporáneos. Las necesidades de salud rara vez

se presentan de manera aislada o responden exclusivamente a una dimensión biológica. Una persona con diabetes puede experimentar simultáneamente depresión, dificultades económicas y problemas para mantener una alimentación adecuada. De igual manera, una mujer embarazada puede requerir atención médica, orientación nutricional, apoyo emocional y acompañamiento comunitario. Estas situaciones demuestran que una atención verdaderamente integral necesita la colaboración de diferentes profesionales.

La interdisciplinariedad representa, en este sentido, una oportunidad para superar las limitaciones de una organización fragmentada. Médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, promotores comunitarios y otros integrantes de los equipos sanitarios aportan conocimientos que pueden complementarse para construir respuestas más pertinentes. No obstante, trabajar en un mismo establecimiento no garantiza necesariamente una práctica interdisciplinaria. Esta requiere comunicación efectiva, claridad en las responsabilidades, respeto por las competencias profesionales y disposición para construir decisiones compartidas.

Desde mi criterio, uno de los mayores avances que puede alcanzar la atención primaria consiste en comprender que la colaboración profesional no disminuye la importancia de ninguna disciplina, sino que fortalece la capacidad colectiva para cuidar. Cuando los integrantes de un equipo reconocen sus conocimientos y limitaciones, pueden construir intervenciones más completas y evitar que los pacientes deban enfrentar procesos asistenciales desconectados. La coordinación permite que la atención deje de organizarse alrededor de servicios aislados y comience a responder a las necesidades integrales de las personas.

En este escenario, el fortalecimiento de la enfermería y de la medicina familiar adquiere particular relevancia. Ambas áreas desempeñan funciones esenciales en la prevención, la educación sanitaria, el seguimiento de enfermedades y la continuidad asistencial. Su contribución resulta especialmente valiosa cuando se establecen

relaciones cercanas y sostenidas con los pacientes, permitiendo reconocer cambios en sus condiciones de salud y anticipar posibles complicaciones.

La salud mental también necesita incorporarse de manera más efectiva en los equipos de atención primaria. Los problemas emocionales, las situaciones de violencia, las adicciones y otros factores psicosociales pueden influir profundamente en la salud física y en la capacidad de mantener tratamientos. Contar con mecanismos de identificación temprana, orientación y coordinación con profesionales especializados permite desarrollar respuestas más oportunas, evitando que determinadas necesidades sean reconocidas únicamente cuando alcanzan niveles de mayor gravedad.

De manera complementaria, los trabajadores y agentes comunitarios constituyen un vínculo importante entre los servicios sanitarios y la población. Olaya Zuñiga et al. (2024) muestran que estos actores pueden contribuir a ampliar el alcance de la atención primaria cuando su participación se encuentra adecuadamente integrada dentro de los sistemas de salud. Su conocimiento del territorio, las relaciones comunitarias y las necesidades locales puede facilitar la identificación de riesgos, la comunicación sanitaria y el seguimiento de personas que enfrentan dificultades para acudir regularmente a los establecimientos.

Esta contribución resulta especialmente significativa en comunidades donde las barreras geográficas, económicas o culturales limitan el acceso a los servicios. Un agente comunitario puede ayudar a identificar a una persona que ha interrumpido su tratamiento, orientar a una familia sobre la importancia de una consulta o facilitar la comunicación entre los profesionales y la comunidad. Sin embargo, estas funciones requieren preparación, supervisión y reconocimiento institucional. No deberían depender exclusivamente de la buena voluntad individual ni utilizarse como sustituto de responsabilidades que corresponden a los servicios profesionales.

La integración comunitaria también permite comprender que el cuidado de la salud no comienza ni termina dentro de un establecimiento. Muchas decisiones relacionadas con la prevención, la alimentación, la actividad física y el seguimiento terapéutico se desarrollan en los hogares y espacios comunitarios. Por ello, los equipos sanitarios necesitan conocer las condiciones sociales y culturales que influyen en estas prácticas y construir relaciones de confianza que permitan ofrecer recomendaciones pertinentes.

No obstante, exigir mayor capacidad de respuesta al personal sanitario también implica reconocer sus necesidades y limitaciones. Los profesionales de salud enfrentan responsabilidades complejas que pueden involucrar decisiones clínicas difíciles, exposición al sufrimiento, jornadas exigentes y presión institucional. Cuando estas condiciones se mantienen sin acompañamiento adecuado, pueden afectar el bienestar de los trabajadores y las posibilidades de desarrollar una atención segura y cercana.

Castañeda Aguilera y García de Alba García (2022) evidencian que el síndrome de desgaste profesional o *burnout* constituye una problemática presente entre el personal médico mexicano. Este hallazgo invita a comprender que el agotamiento laboral no debería considerarse una consecuencia inevitable del compromiso con la profesión. Por el contrario, representa una situación que requiere atención institucional y medidas orientadas a mejorar la organización del trabajo, las condiciones laborales y los mecanismos de apoyo.

Desde una mirada humana, considero que uno de los errores más frecuentes al analizar el desempeño sanitario consiste en exigir permanentemente mayores resultados sin prestar suficiente atención a las condiciones en las que estos deben alcanzarse. Un profesional puede tener una profunda vocación de servicio y, aun así, experimentar agotamiento cuando enfrenta responsabilidades excesivas, falta de recursos o dificultades para conciliar su vida personal y laboral. Reconocer esta realidad no disminuye la importancia de su compromiso,

sino que permite comprender que la calidad asistencial también depende del bienestar de quienes la hacen posible.

Cuidar al personal sanitario no compite con el cuidado de los pacientes; ambos propósitos se encuentran estrechamente relacionados. Un trabajador que dispone de tiempo suficiente puede escuchar con mayor atención, explicar los tratamientos de manera comprensible y reconocer necesidades que podrían pasar inadvertidas durante una consulta apresurada. De igual manera, un equipo estable tiene mayores posibilidades de conocer a las familias, identificar riesgos y construir relaciones terapéuticas basadas en la confianza.

La estabilidad del personal representa, por tanto, un elemento fundamental de la continuidad asistencial. Cuando los profesionales permanecen en una comunidad, pueden comprender mejor sus características, reconocer las necesidades recurrentes y desarrollar estrategias preventivas ajustadas al contexto. Por el contrario, la rotación frecuente puede dificultar el seguimiento de los pacientes y obligar a reconstruir continuamente las relaciones entre la población y los servicios sanitarios.

Otro desafío importante consiste en fortalecer la formación continua y el aprendizaje profesional. Los cambios epidemiológicos, los avances científicos y la incorporación de tecnologías requieren que los equipos de atención primaria mantengan oportunidades permanentes de actualización. Sin embargo, estas experiencias formativas deben responder a las necesidades reales de los servicios y considerar las condiciones en las que trabajan los profesionales.

Una capacitación adquiere mayor sentido cuando permite resolver dificultades concretas, mejorar procedimientos o fortalecer la coordinación entre los integrantes del equipo. En consecuencia, la formación continua no debería reducirse a la acumulación de cursos y certificaciones, sino convertirse en un proceso de reflexión y mejora vinculado con las experiencias cotidianas del cuidado.

Asimismo, las instituciones necesitan promover espacios donde los profesionales puedan compartir conocimientos, analizar situaciones clínicas y aprender de las experiencias de sus compañeros. Estas prácticas fortalecen la confianza y contribuyen a construir una cultura de seguridad y mejora continua. Reconocer una dificultad, solicitar apoyo o revisar una decisión no debería interpretarse como una debilidad profesional, sino como parte de una actuación responsable y comprometida con la calidad asistencial.

El liderazgo institucional también desempeña un papel relevante. Los equipos de salud necesitan responsables capaces de organizar el trabajo, promover la participación y reconocer las necesidades de sus integrantes. Una gestión centrada exclusivamente en el cumplimiento de indicadores puede resultar insuficiente si desconoce las dificultades operativas y humanas que enfrentan los establecimientos. Por ello, fortalecer el liderazgo implica combinar planificación, responsabilidad y sensibilidad hacia las condiciones reales del personal.

En México, avanzar hacia una política integral de talento humano requiere considerar conjuntamente la disponibilidad, distribución, formación, competencias, estabilidad y bienestar de los profesionales. Estas dimensiones no deberían abordarse mediante acciones aisladas, porque se encuentran relacionadas. Formar más trabajadores puede resultar insuficiente si posteriormente no existen condiciones para incorporarlos y mantenerlos en los territorios que presentan mayores necesidades. Del mismo modo, mejorar la infraestructura tendrá un alcance limitado si los establecimientos carecen de equipos preparados para utilizarla y sostener sus servicios.

Desde esta perspectiva, considero que el fortalecimiento del primer nivel debe reconocer al talento humano como un componente estratégico del sistema sanitario y, al mismo tiempo, como un conjunto de personas con necesidades, aspiraciones y responsabilidades propias. Los profesionales no representan únicamente cifras dentro de una planificación institucional. Son personas que construyen vínculos con

sus pacientes, enfrentan decisiones complejas y sostienen diariamente gran parte de las experiencias de cuidado.

Por ello, humanizar la gestión del talento humano significa escuchar sus necesidades, valorar sus conocimientos y garantizar condiciones que permitan desarrollar su trabajo con dignidad. También implica reconocer que la motivación profesional se fortalece cuando existe confianza, acompañamiento y posibilidad de participar en las decisiones relacionadas con la organización de los servicios.

La atención primaria del futuro necesita equipos capaces de combinar conocimientos clínicos, sensibilidad social y compromiso comunitario. Profesionales que comprendan las enfermedades, pero que también sepan escuchar las historias que las acompañan; que utilicen la tecnología cuando resulte pertinente, sin perder la cercanía humana; y que reconozcan que ninguna disciplina puede responder por sí sola a la complejidad de las necesidades sanitarias contemporáneas.

Para México, este propósito representa una oportunidad de transformar el primer nivel en un espacio donde los profesionales encuentren condiciones para desarrollar sus capacidades y las comunidades reciban una atención cercana, continua y respetuosa. Una atención primaria sólida necesita conocimientos y tecnología, pero también relaciones de confianza, compromiso compartido y reconocimiento del valor de cada trabajador sanitario.

Cuidar a quienes cuidan no es solamente una responsabilidad institucional; es el primer paso para construir una atención primaria más humana, cercana y comprometida con la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. E. (2022). Prevalence of burnout syndrome and associated variables in Mexican medical specialists. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 51*(1), 41–50. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.06.002

Olaya Zuñiga, R., Parra-García, I., & Gómez-Barrera, L. A. (2024). Overview of the participation of community health workers in primary health care in 6 Latin American countries and a proposal for their integration into the health system: A qualitative study. *Family Practice, 41*(2), 139–146. https://doi.org/10.1093/fampra/cmae002

Ramonfaur, D., & Gómez-Dantés, O. (2025). Mexico's physician shortage: Struggling to bridge the gap. *The Lancet Regional Health – Americas, 41*, 100966. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100966

Reyes-Morales, H., García-Peña, M. C., & Lazcano-Ponce, E. (2024). La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública de México, 66*(5), 631–636. https://doi.org/10.21149/15744

Reynolds, C. W., et al. (2024). Determinants for the humanitarian workforce in migrant health at the US-Mexico border: Optimizing learning from health professionals in Matamoros and Reynosa, Mexico. *Frontiers in Public Health, 12*, 1447054. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1447054



Capítulo 5.

Transformación Digital e Innovación Tecnológica en la Atención Primaria de Salud

Capítulo 5.

Transformación digital e innovación tecnológica en la atención primaria de salud

por

Dra. Mirian Anel López Basilio

La transformación digital está modificando de manera acelerada la forma en que los sistemas sanitarios registran información, organizan servicios, toman decisiones y se relacionan con la población. En atención primaria de salud, este proceso ofrece oportunidades particularmente relevantes porque puede mejorar la continuidad asistencial, reducir barreras geográficas, facilitar el seguimiento de enfermedades crónicas y ampliar la capacidad resolutiva del primer nivel.

Sin embargo, incorporar tecnología no significa únicamente digitalizar procesos existentes. Una transformación digital efectiva supone revisar cómo circula la información, qué decisiones pueden apoyarse mediante herramientas computacionales, cómo se protege la privacidad y de qué manera las innovaciones pueden beneficiar también a las poblaciones con menores recursos tecnológicos.

Esta distinción resulta fundamental para México. El país presenta territorios con alta conectividad y disponibilidad de infraestructura digital, pero también comunidades rurales, indígenas y socialmente marginadas en las que el acceso a internet, dispositivos o competencias digitales puede ser limitado. Por ello, cualquier estrategia de salud digital debe analizar simultáneamente sus beneficios y el riesgo de profundizar desigualdades.

Saif-Ur-Rahman et al. (2023), en una revisión sistemática sobre inteligencia artificial y salud digital en atención primaria en países de ingresos bajos y medios, encontraron aplicaciones dirigidas a enfermedades crónicas, salud materno-infantil, enfermedades

infecciosas, salud mental y atención general. Los autores concluyen que las tecnologías digitales pueden mejorar la prestación de servicios, aunque todavía existe necesidad de mayor investigación sobre su implementación a gran escala.

La tecnología, por tanto, debe entenderse como un instrumento y no como un fin. Su valor depende de si consigue que una persona reciba atención más oportuna, que un profesional disponga de información relevante cuando la necesita, que un paciente no deba repetir pruebas innecesariamente o que una comunidad aislada pueda acceder a una consulta sin recorrer grandes distancias.

Este capítulo analiza cuatro dimensiones de esta transformación: digitalización del primer nivel, telemedicina y telesalud, inteligencia artificial aplicada a la atención primaria e interoperabilidad, protección de datos y brecha digital.

5.1. Transformación digital de los servicios del primer nivel de atención en México

La transformación digital del primer nivel implica mucho más que sustituir expedientes en papel por computadoras. Supone desarrollar sistemas capaces de integrar información clínica, apoyar el seguimiento longitudinal, facilitar la coordinación entre profesionales y convertir los datos en herramientas útiles para la planificación sanitaria.

En México, esta transformación debe responder a problemas estructurales previamente identificados: fragmentación institucional, dificultades de referencia y contrarreferencia, desigualdad territorial y variabilidad en capacidad resolutiva.

La información clínica constituye uno de los activos más importantes para resolver estas dificultades. Cuando una persona cambia de establecimiento o es referida a otro nivel, sus antecedentes, medicamentos, estudios y diagnósticos deberían acompañarla. Si esta información se pierde, el sistema obliga al paciente a convertirse en mensajero de su propia historia clínica.

Un expediente digital correctamente integrado puede reducir esa fragmentación.

La digitalización también puede fortalecer la gestión poblacional. Un equipo de atención primaria podría identificar qué pacientes con diabetes llevan meses sin control, cuáles personas con hipertensión no alcanzan metas terapéuticas o qué niños presentan esquemas de vacunación incompletos.

Esta posibilidad transforma la relación con la comunidad. El establecimiento deja de limitarse a atender a quienes acuden espontáneamente y puede desarrollar estrategias de seguimiento activo.

Saif-Ur-Rahman et al. (2023) identificaron que las intervenciones digitales basadas en dispositivos móviles fueron especialmente frecuentes en atención primaria y mostraron utilidad para mejorar registros, prestación de servicios y satisfacción de los usuarios.

No obstante, digitalizar no significa automáticamente mejorar.

Un sistema electrónico mal diseñado puede aumentar la carga administrativa, duplicar registros o reducir el tiempo disponible para conversar con el paciente. Si el profesional pasa gran parte de la consulta interactuando con una pantalla, la tecnología puede terminar debilitando precisamente aquello que debería fortalecer: la relación clínica.

Por esta razón, los sistemas digitales deben diseñarse alrededor del flujo real de trabajo y no obligar al personal a adaptar toda su práctica a estructuras tecnológicas rígidas.

La transformación digital necesita también considerar la capacitación del personal. Introducir nuevas plataformas sin formación del personal adecuado puede generar resistencia, errores y uso parcial de las herramientas.

El personal debe comprender no solo cómo utilizar un sistema, sino para qué sirve y cómo puede mejorar su práctica.

La digitalización tiene además un enorme potencial para la vigilancia epidemiológica. La identificación de patrones en tiempo real puede facilitar la detección temprana de brotes, cambios en prevalencia de enfermedades o concentraciones territoriales de riesgo.

La misma infraestructura podría apoyar planificación de medicamentos, distribución de recursos y evaluación del desempeño.

Sin embargo, todo este potencial depende de la calidad de los datos. Registros incompletos o inconsistentes producen información poco confiable. Por ello, la transformación digital debe acompañarse de estándares claros de captura, interoperabilidad y gobernanza.

5.2. Telemedicina y telesalud para ampliar el acceso y la continuidad asistencial en territorios con brechas de cobertura

La telemedicina experimentó una expansión considerable durante la pandemia de COVID-19, pero su utilidad trasciende ampliamente aquella emergencia.

En territorios con grandes distancias geográficas, escasez de especialistas o dificultades de movilidad, las consultas a distancia pueden convertirse en una estrategia para acercar servicios y mantener continuidad asistencial.

Morgenstern-Kaplan et al. (2022) analizaron un programa mexicano de telemedicina basado en una aplicación móvil que realizó 2.585 teleconsultas durante la pandemia. El programa atendió a 1.545 pacientes y reportó niveles de satisfacción superiores al 80 %, mostrando la factibilidad de utilizar herramientas digitales para proporcionar consultas médicas a distancia en México.

Este tipo de experiencias demuestra que la telemedicina puede resultar útil cuando el contacto presencial no es imprescindible.

Un paciente con hipertensión controlada podría revisar sus mediciones mediante una consulta remota. Dar seguimiento a su padecimiento y mediciones una persona con diabetes podría solicitar el

análisis de resultados de laboratorio sin desplazarse largas distancias; un profesional rural podría solicitar opinión especializada mediante teleconsultoría.

La telesalud tiene además aplicaciones que superan la teleconsulta. Puede incluir seguimiento mediante mensajes, educación sanitaria digital, monitoreo remoto, segunda opinión, apoyo entre profesionales y programas de capacitación. Para las comunidades rurales, esto puede reducir uno de los principales costos invisibles del acceso sanitario: el desplazamiento.

Viajar varias horas para una consulta breve puede representar gastos de transporte, pérdida de ingresos y reorganización familiar. Cuando clínicamente resulta apropiado, una consulta remota puede evitar estos costos. Sin embargo, la telemedicina no debe interpretarse como sustituto universal de la atención presencial.

Existen situaciones en las que el examen físico, una prueba diagnóstica o el contacto directo resultan indispensables. Además, algunas personas pueden sentirse más cómodas conversando frente a frente, especialmente cuando se abordan diagnósticos complejos, salud mental, violencia o decisiones sensibles.

El reto consiste en identificar qué atención puede realizarse a distancia de manera segura y cuál requiere presencialidad. Otro aspecto relevante es la continuidad. La telesalud produce mayor valor cuando forma parte de la misma red asistencial y no funciona como un servicio aislado.

Si una teleconsulta genera recomendaciones que nunca llegan al expediente clínico habitual, aparece una nueva forma de fragmentación. Por ello, las plataformas deberían integrarse con los sistemas de información del primer nivel.

La teleconsultoría entre profesionales también puede ser especialmente útil para México. Un médico de una comunidad alejada podría discutir un caso con un especialista sin trasladar inmediatamente

al paciente. Esto fortalece la capacidad resolutiva local y puede reducir referencias evitables. Al mismo tiempo, permite educación continua basada en problemas reales.

La implementación de la telesalud en el primer nivel de atención requiere una organización asistencial que garantice la seguridad del paciente, la continuidad del cuidado y la adecuada coordinación entre los profesionales y los establecimientos sanitarios.

Para ello, resulta necesario definir procedimientos que orienten cada etapa de la atención, desde la identificación inicial de las necesidades hasta el seguimiento y la evaluación de los resultados. Este proceso debe contemplar criterios clínicos para determinar la pertinencia de la atención remota, mecanismos de consentimiento informado y canales de referencia cuando la condición del paciente requiera servicios de mayor complejidad.

En este sentido, la Figura 6 presenta una propuesta de ruta asistencial mediante telesalud, estructurada para facilitar su integración en los servicios de atención primaria.



Figura 5. Ruta asistencial para la atención mediante telesalud en el primer nivel de atención

Como se observa en la Figura 5, la atención mediante telesalud comprende una secuencia de actividades orientadas a garantizar una respuesta organizada y continua a las necesidades del paciente. La identificación de la demanda y la clasificación clínica permiten reconocer las condiciones que pueden abordarse mediante una consulta remota, mientras que el consentimiento informado constituye un elemento fundamental para respetar la autonomía y los derechos de las personas. Posteriormente, la teleconsulta, la valoración profesional y la orientación diagnóstica proporcionan los elementos necesarios para establecer un plan terapéutico y definir las acciones de seguimiento.

La ruta también contempla mecanismos de referencia y contrarreferencia, indispensables para mantener la coordinación entre los diferentes niveles de atención cuando se requiere una intervención presencial o especializada. Finalmente, la evaluación de resultados permite valorar la respuesta asistencial, identificar necesidades de mejora y fortalecer la calidad del servicio. Aunque la figura presenta una secuencia general, su aplicación debe adaptarse a las condiciones clínicas y organizativas de cada establecimiento. Asimismo, todas las etapas deben vincularse con el expediente clínico y los sistemas institucionales de información, de manera que la telesalud forme parte de un proceso asistencial integrado y no de una prestación aislada.

La Tabla 7 sintetiza algunas de las principales aplicaciones de salud digital dentro del primer nivel y las condiciones que determinan su utilidad.

Tabla 7. Aplicaciones digitales para fortalecer la atención primaria de salud

Herramienta	Aplicación en APS	Beneficio potencial	Condición necesaria
Expediente clínico electrónico	Registro longitudinal de consultas, diagnósticos y tratamientos	Continuidad y reducción de duplicaciones	Interoperabilidad y calidad de datos
Teleconsultoría	Comunicación entre profesionales del	Mayor capacidad resolutiva local	Redes profesionales y respuesta oportuna

	primer nivel y especialistas		
Monitoreo remoto	Seguimiento de presión arterial, glucosa u otros parámetros	Detección temprana de descontrol	Dispositivos confiables y protocolos definidos
Mensajería sanitaria	Recordatorios, educación y seguimiento	Mejor adherencia y continuidad	Consentimiento y protección de información
Sistemas de apoyo clínico	Alertas, recordatorios y recomendaciones	Reducción de omisiones y apoyo a decisiones	Validación clínica y supervisión profesional
Analítica poblacional	Identificación de personas o territorios de mayor riesgo	Priorización preventiva	Datos representativos y actualizados

Fuente: elaboración propia a partir de Vidal-Alaball et al. (2024).

La Tabla 7 muestra que la tecnología puede intervenir en múltiples momentos del cuidado, desde la prevención hasta el seguimiento. Sin embargo, ningún instrumento genera beneficios automáticamente. La conectividad, capacitación, integración de datos y existencia de protocolos son condiciones indispensables.

En consecuencia, la estrategia mexicana debería evitar proyectos tecnológicos aislados y priorizar ecosistemas digitales conectados con las necesidades reales del primer nivel.

La incorporación de la telesalud en los servicios de atención primaria requiere una perspectiva integral que considere tanto las capacidades tecnológicas como las necesidades de las personas y las condiciones organizativas del sistema sanitario. Su funcionamiento no depende exclusivamente de disponer de plataformas digitales, sino también de contar con equipos de salud capacitados, redes asistenciales articuladas y mecanismos de gestión que permitan garantizar la continuidad y la calidad de la atención.

Desde esta perspectiva, resulta pertinente comprender la telesalud como una herramienta integrada en el modelo de atención y no como una intervención tecnológica independiente.

La Figura 6 presenta una propuesta conceptual organizada en cinco componentes que contribuyen a orientar su implementación en el primer nivel de atención.

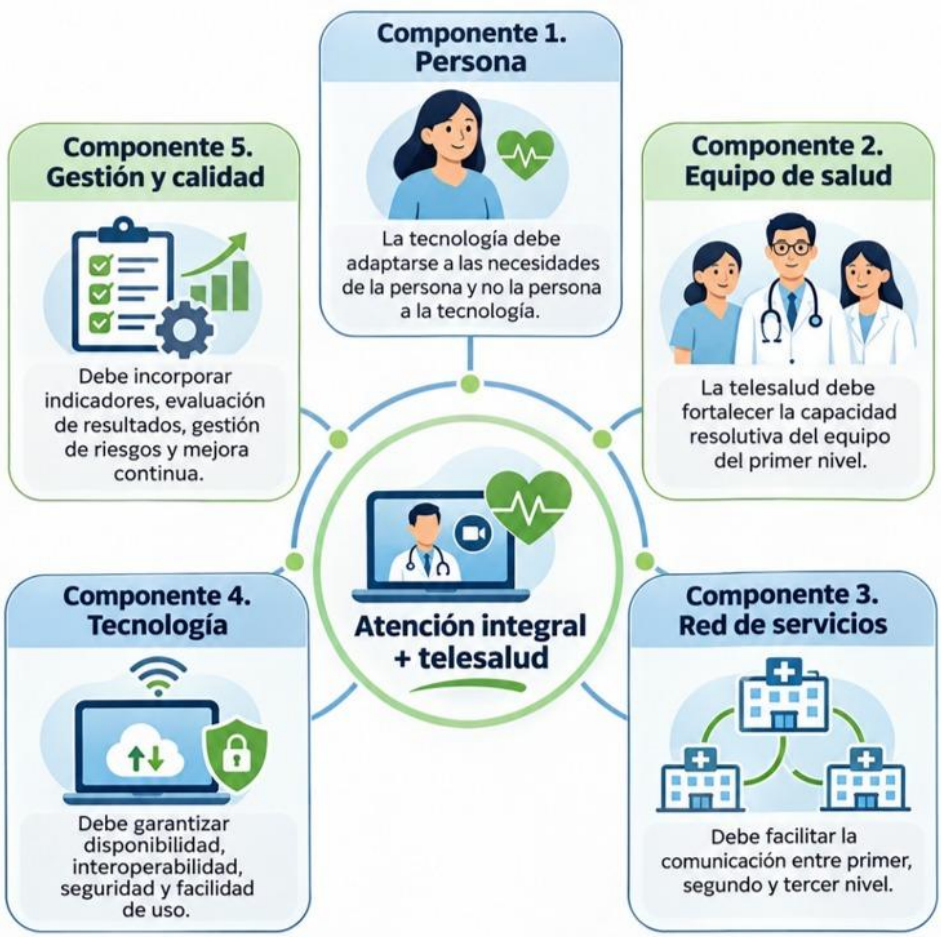


Figura 6. Modelo de atención integral apoyado por telesalud en el primer nivel de atención

Como se observa en la Figura 6, el modelo propuesto sitúa a la persona como elemento central de la atención, reconociendo que las herramientas tecnológicas deben responder a sus necesidades, características y posibilidades de acceso. Esta orientación resulta fundamental para evitar que la digitalización imponga nuevas barreras a quienes presentan dificultades de conectividad, limitaciones económicas o menores competencias digitales. Asimismo, el equipo de salud desempeña un papel esencial en la utilización de estas herramientas, debido a que su preparación y capacidad de respuesta condicionan la seguridad y la pertinencia de las intervenciones realizadas a distancia.

La red de servicios constituye otro componente indispensable, ya que permite articular la atención entre diferentes establecimientos y niveles asistenciales, favoreciendo los procesos de referencia, contrarreferencia y seguimiento. Por su parte, la tecnología debe ofrecer condiciones adecuadas de disponibilidad, interoperabilidad, protección de datos y facilidad de uso. Finalmente, la gestión y la calidad permiten evaluar el funcionamiento del modelo mediante indicadores, identificación de riesgos y acciones de mejora continua.

La articulación de estos cinco componentes permite comprender que la telesalud no representa únicamente una alternativa para realizar consultas a distancia, sino una oportunidad para fortalecer la organización de los servicios y ampliar la continuidad asistencial. En el contexto mexicano, su implementación requiere considerar las desigualdades territoriales y las capacidades institucionales, procurando que la innovación tecnológica contribuya a una atención primaria más accesible, segura y centrada en las personas.

5.3. Inteligencia artificial y sistemas de apoyo para la prevención, estratificación de riesgos y toma de decisiones clínicas

La inteligencia artificial constituye una de las áreas de innovación con mayor potencial para transformar la atención primaria.

Su capacidad para analizar grandes cantidades de información permite desarrollar herramientas dirigidas a clasificación de riesgos, apoyo diagnóstico, predicción de eventos, identificación de pacientes que necesitan seguimiento y automatización de determinadas tareas administrativas.

Vidal-Alaball et al. (2024) señalan que la inteligencia artificial puede contribuir a mejorar la precisión diagnóstica, el manejo de enfermedades crónicas y la eficiencia general de la atención primaria. Sin embargo, enfatizan que estas herramientas deben considerarse apoyo al profesional y no sustitución de su juicio clínico.

Este principio es especialmente importante.

Una herramienta puede identificar patrones dentro de miles de registros en segundos, pero no comprende automáticamente el contexto social, familiar y emocional en el que vive una persona.

La decisión clínica implica interpretar probabilidades dentro de una situación concreta.

En prevención, la IA podría identificar combinaciones de factores que indican mayor riesgo de diabetes, enfermedad cardiovascular o deterioro renal. Esto permitiría priorizar intervenciones antes de que aparezcan complicaciones.

En enfermedades crónicas, puede ayudar a detectar pacientes con mayor probabilidad de abandonar tratamiento o desarrollar descompensaciones.

En salud pública, la combinación de múltiples fuentes de información podría facilitar identificación de cambios epidemiológicos o territorios donde aumenta determinado riesgo.

Saif-Ur-Rahman et al. (2023) encontraron aplicaciones digitales e inteligencia artificial dirigidas a enfermedades no transmisibles, salud materno-infantil, tuberculosis, VIH y salud mental. Su revisión muestra que existe un campo considerable para utilizar estas tecnologías como apoyo a los servicios primarios. Las posibilidades, sin embargo, deben acompañarse de precauciones.

Una revisión sistemática reciente sobre implementación de IA en APS identificó oportunidades especialmente relacionadas con diagnóstico, detección y predicción temprana, pero también problemas importantes de seguridad de datos, privacidad, desempeño técnico y disponibilidad de información.

Uno de los riesgos más importantes es el sesgo algorítmico.

Un sistema aprende a partir de los datos con los que fue desarrollado. Si determinadas comunidades están poco representadas en

esos datos, el rendimiento de la herramienta puede ser inferior precisamente para quienes ya enfrentan mayores desigualdades.

Esto convierte la validación local en un requisito. Un algoritmo desarrollado en otra población no debería incorporarse automáticamente al primer nivel mexicano sin evaluar su funcionamiento en contextos nacionales y regionales.

La inteligencia artificial también debe ser explicable en la medida necesaria para permitir supervisión clínica. Un profesional no debería seguir ciegamente una recomendación que contradice su valoración del paciente.

La responsabilidad final debe mantenerse claramente definida. Vidal-Alaball et al. (2024) expresan esta idea de forma especialmente clara al indicar que la IA "no puede reemplazar la destreza y la experiencia de los profesionales en la toma de decisiones clínicas".

Esta afirmación debe orientar cualquier incorporación tecnológica al primer nivel. La IA puede calcular; el profesional debe interpretar. Puede detectar patrones; el profesional debe evaluar si esos patrones tienen sentido para la persona que tiene enfrente.

Puede generar recomendaciones; pero la empatía, la comunicación de malas noticias, la negociación terapéutica y la comprensión del sufrimiento siguen siendo dimensiones profundamente humanas del cuidado.

Otro campo prometedor es la automatización administrativa. Documentación repetitiva, clasificación inicial de mensajes, generación de recordatorios o síntesis de información podrían disminuir parte de la carga burocrática de los equipos.

Si estas herramientas permiten recuperar tiempo para conversar con los pacientes, la tecnología podría contribuir paradójicamente a una atención más humana. Pero también puede ocurrir lo contrario si genera nuevas tareas de supervisión o sistemas adicionales que no se integran

adecuadamente. Por ello, la evaluación debe medir no solamente precisión tecnológica, sino también efectos sobre carga laboral, seguridad, equidad y relación profesional-paciente.

5.4. Interoperabilidad, expediente clínico electrónico, protección de datos, ética y brecha digital en salud

La verdadera transformación digital de un sistema sanitario depende en gran medida de la posibilidad de que sus sistemas se comuniquen. La interoperabilidad significa que diferentes plataformas pueden intercambiar y utilizar información de manera coherente. En un sistema fragmentado como el mexicano, esta capacidad adquiere especial importancia.

Una persona puede recibir atención en distintos establecimientos y niveles a lo largo de su vida. Cuando cada institución utiliza registros independientes, se pierde continuidad.

El expediente clínico electrónico debería funcionar idealmente como una historia longitudinal capaz de acompañar al paciente y permitir que los profesionales autorizados accedan a la información que necesitan. Sin interoperabilidad, la digitalización puede simplemente transformar la fragmentación en papel en fragmentación electrónica.

Esta situación representa uno de los principales riesgos de los procesos tecnológicos desarrollados sin estándares comunes.

La interoperabilidad necesita acuerdos sobre formatos, identificación de pacientes, terminologías clínicas, seguridad y mecanismos de autorización. Al mismo tiempo, ampliar la circulación de información aumenta la responsabilidad de protegerla.

Los datos sanitarios son particularmente sensibles. Incluyen diagnósticos, tratamientos, antecedentes reproductivos, información de salud mental y otras dimensiones íntimas de la vida. La protección debe abarcar confidencialidad, seguridad informática, trazabilidad de accesos y mecanismos claros para responder frente a incidentes.

La incorporación de inteligencia artificial añade interrogantes adicionales. ¿Quién puede utilizar los datos para entrenar modelos? ¿Cómo se informa a las personas? ¿Cómo se protege la identidad? ¿Quién responde cuando una recomendación automatizada contribuye a una decisión incorrecta?

Estas preguntas no deberían resolverse después de implementar la tecnología. Deben formar parte de su diseño. La ética digital también incluye el principio de equidad. La innovación puede ampliar el acceso, pero también puede excluir.

Una persona que cuente con conexión estable, teléfono inteligente y competencias digitales puede utilizar fácilmente una plataforma de telesalud. Otra persona con baja alfabetización digital, discapacidad visual o conectividad limitada podría quedar fuera.

La brecha digital reproduce frecuentemente desigualdades previamente existentes. Poblaciones rurales, adultos mayores, hogares con menores ingresos y determinados grupos socialmente vulnerables pueden enfrentar mayores dificultades de acceso tecnológico. Por ello, una estrategia digital equitativa nunca debería eliminar completamente canales presenciales o tradicionales. La tecnología debe añadir opciones, no retirar puertas de entrada.

La IA presenta un riesgo semejante. Una revisión sobre inteligencia artificial e inequidades en atención primaria advierte que estas herramientas pueden tanto reducir como ampliar desigualdades dependiendo de los datos, diseño e implementación.

Esta observación resulta especialmente importante para México, donde las diferencias territoriales pueden producir niveles muy distintos de disponibilidad de datos. Las poblaciones con menor interacción histórica con sistemas formales pueden estar precisamente peor representadas en los registros digitales. Si sus datos faltan, los algoritmos podrían aprender una imagen incompleta del país.

La Tabla 8 resume los principales desafíos que deben considerarse para una transformación digital ética y equitativa.

Tabla 8. Desafíos éticos y organizativos de la transformación digital en atención primaria

Desafío	Riesgo principal	Respuesta necesaria
Interoperabilidad insuficiente	Fragmentación electrónica de información	Estándares comunes y sistemas capaces de intercambiar datos
Privacidad y confidencialidad	Acceso no autorizado a información sensible	Ciberseguridad, controles de acceso y trazabilidad
Sesgo algorítmico	Decisiones menos precisas para determinados grupos	Datos representativos y validación local
Falta de transparencia	Dificultad para comprender recomendaciones automatizadas	Algoritmos auditables y supervisión profesional
Brecha digital	Exclusión de personas sin conectividad o competencias tecnológicas	Alternativas presenciales y estrategias de inclusión digital
Dependencia tecnológica	Interrupción de servicios ante fallas	Planes de contingencia y sistemas resilientes
Sobrecarga digital	Mayor carga administrativa para profesionales	Diseño centrado en flujos clínicos y usabilidad
Uso secundario de datos	Utilización sin suficiente claridad o consentimiento	Gobernanza, reglas de uso y protección de derechos
Responsabilidad clínica	Ambigüedad frente a errores de sistemas automatizados	Definición clara de responsabilidades humanas e institucionales

Fuente: elaboración propia a partir de Saif-Ur-Rahman et al. (2023)

La Tabla 8 evidencia que la discusión tecnológica no puede separarse de la discusión ética. Un sistema puede ser técnicamente avanzado y, al mismo tiempo, generar resultados socialmente inaceptables. La innovación debe evaluarse por su capacidad para mejorar resultados sin comprometer derechos fundamentales.

Las dimensiones analizadas muestran que la transformación digital de la atención primaria no depende de una tecnología aislada, sino de la articulación entre sistemas de información, telemedicina, inteligencia artificial, interoperabilidad y estrategias de inclusión digital. Su verdadero valor surge cuando estas herramientas responden a

problemas concretos del primer nivel y se implementan bajo principios de seguridad, equidad y supervisión profesional.

La Figura 7 sintetiza los principales componentes de este ecosistema digital y su contribución a una atención primaria más conectada, resolutiva y centrada en las personas.



Figura 7. Ecosistema de transformación digital para una atención primaria conectada, segura y equitativa

Como se observa en la Figura 7, la transformación digital de la APS requiere combinar innovación tecnológica con condiciones organizativas y éticas que permitan utilizarla de manera segura y efectiva. La digitalización puede mejorar la continuidad de la información, la telesalud puede reducir barreras territoriales y la inteligencia artificial puede apoyar la prevención y la toma de decisiones. Sin embargo, estos beneficios dependen de sistemas interoperables, protección adecuada de los datos, validación de las herramientas y estrategias que eviten ampliar la brecha digital. La finalidad no debe ser incorporar más tecnología, sino utilizarla para ampliar las capacidades humanas y ofrecer una atención más accesible, integrada y equitativa.

Reflexión final del capítulo

La transformación digital representa una oportunidad significativa para fortalecer la atención primaria de salud en México y avanzar hacia servicios más accesibles, resolutivos y centrados en las necesidades de las personas. La incorporación de herramientas tecnológicas puede contribuir a superar algunas de las limitaciones históricas del primer nivel, especialmente aquellas relacionadas con las distancias geográficas, la fragmentación de la información clínica, las dificultades de seguimiento y la disponibilidad desigual de servicios especializados. Sin embargo, su verdadero potencial no depende únicamente de la modernización de la infraestructura, sino de la capacidad institucional para integrar estas herramientas en procesos de atención seguros, continuos y humanizados.

La telemedicina constituye una de las alternativas más relevantes para acercar los servicios sanitarios a comunidades que enfrentan dificultades de acceso. Su utilización puede facilitar consultas de seguimiento, orientación profesional y comunicación entre establecimientos, disminuyendo determinados desplazamientos y favoreciendo la continuidad asistencial. Morgenstern-Kaplan et al. (2022) mostraron que la telemedicina mediante aplicaciones móviles puede implementarse en México y alcanzar niveles elevados de satisfacción entre los usuarios. Esta experiencia aporta elementos para reconocer sus posibilidades, aunque los resultados deben interpretarse considerando las características de las poblaciones estudiadas y las condiciones particulares de implementación.

Desde una perspectiva de salud pública, considero que el principal valor de la telemedicina se encuentra en su capacidad para responder a necesidades concretas. Para una persona que vive en una comunidad alejada, recibir orientación profesional sin realizar un viaje de varias horas puede representar un beneficio importante. Del mismo modo, un paciente con una enfermedad crónica puede encontrar mayores facilidades para mantener determinadas consultas de seguimiento,

siempre que su condición clínica permita utilizar esta modalidad de manera segura. En estos casos, la tecnología no reemplaza necesariamente la atención presencial, sino que amplía las posibilidades de ofrecer cuidados oportunos.

No obstante, es indispensable reconocer que la atención remota también presenta limitaciones. Algunas patologías requieren exploración física, procedimientos diagnósticos o intervenciones que no pueden realizarse mediante plataformas digitales. Por ello, la telemedicina debe incorporarse como parte de un modelo asistencial organizado, con criterios claros para determinar cuándo resulta apropiada y cuándo es necesario garantizar una valoración presencial. Su implementación debe fortalecer la continuidad del cuidado, evitando que se convierta en un servicio aislado o desconectado de los demás componentes del sistema sanitario.

Los expedientes clínicos electrónicos representan otra herramienta fundamental para mejorar la coordinación asistencial. Su adecuada utilización puede facilitar el acceso oportuno a antecedentes relevantes, resultados de estudios, tratamientos y registros de seguimiento. Esta disponibilidad de información resulta especialmente importante para las personas que requieren atención en diferentes establecimientos o presentan enfermedades que demandan cuidados prolongados.

Desde una mirada centrada en el paciente, disponer de información clínica organizada también puede contribuir a evitar experiencias de atención fragmentada. Una persona no debería verse obligada a reconstruir repetidamente su historia médica cada vez que acude a un nuevo servicio. Cuando los sistemas permiten compartir información de manera segura y autorizada, los profesionales pueden comprender mejor los antecedentes y tomar decisiones con mayor continuidad.

Sin embargo, la digitalización de los registros no garantiza automáticamente una mejor coordinación. Para alcanzar ese propósito, resulta necesario avanzar hacia sistemas interoperables, capaces de intercambiar y utilizar información mediante estándares adecuados. Cuando las plataformas funcionan de manera independiente, pueden reproducir las mismas dificultades de fragmentación que se pretende superar. En consecuencia, modernizar el sistema sanitario exige considerar no solamente la adquisición de programas informáticos, sino también su compatibilidad, seguridad, mantenimiento y utilidad para los profesionales.

La inteligencia artificial constituye una dimensión emergente de esta transformación. Sus aplicaciones potenciales incluyen el apoyo a la identificación de riesgos, el análisis de información clínica, la detección de determinados patrones y la organización de procesos asistenciales. Saif-Ur-Rahman et al. (2023) analizan las posibilidades de las tecnologías digitales en diferentes áreas prioritarias de la atención primaria, mostrando su potencial para complementar actividades relacionadas con enfermedades crónicas, salud materna, vigilancia y atención de problemas infecciosos.

Estas posibilidades resultan relevantes para un primer nivel que necesita anticipar riesgos y utilizar de manera eficiente sus recursos. Por ejemplo, una herramienta de apoyo analítico podría contribuir a identificar pacientes que requieren seguimiento prioritario o facilitar la revisión de información disponible para la planificación sanitaria. No obstante, tales aplicaciones necesitan validación rigurosa, supervisión profesional y evaluación de sus resultados antes de incorporarse de manera generalizada a los servicios.

Desde mi criterio, uno de los mayores riesgos consiste en atribuir a los sistemas automatizados una capacidad de decisión superior a la que realmente poseen. Una herramienta puede procesar grandes cantidades de datos y, aun así, presentar errores, sesgos o limitaciones derivadas de la información utilizada para su desarrollo. Por esta razón,

sus resultados deben interpretarse dentro del contexto clínico y nunca considerarse sustitutos automáticos de una valoración profesional responsable.

Vidal-Alaball et al. (2024) destacan la importancia de comprender la inteligencia artificial como un recurso de apoyo al trabajo sanitario y no como un reemplazo del juicio clínico. Este planteamiento debería constituir uno de los principios orientadores de la transformación digital de la atención primaria mexicana. La tecnología puede ampliar las capacidades de análisis y facilitar determinadas tareas, pero la responsabilidad de comprender al paciente, valorar sus circunstancias y tomar decisiones clínicas fundamentadas continúa requiriendo intervención humana.

La innovación tecnológica también debe analizarse desde una perspectiva ética. Los sistemas digitales manejan información sensible relacionada con la salud, las condiciones personales y las experiencias de los pacientes. Por ello, su implementación exige mecanismos adecuados de confidencialidad, protección de datos, control de accesos y transparencia sobre el uso de la información. La confianza hacia los servicios sanitarios puede verse afectada cuando las personas desconocen cómo se utilizan sus datos o perciben que su privacidad no está suficientemente protegida.

En este sentido, la seguridad de la información no debería entenderse exclusivamente como una responsabilidad del personal informático. También requiere que los profesionales sanitarios conozcan los procedimientos de protección de datos y comprendan las implicaciones éticas de utilizar plataformas digitales. La formación continua resulta fundamental para desarrollar estas capacidades y evitar que errores cotidianos comprometan la confidencialidad de los pacientes.

Otro desafío importante es la desigualdad digital. Aunque las tecnologías ofrecen oportunidades para ampliar el acceso, también pueden generar nuevas barreras cuando su utilización depende de

disponer de dispositivos, conectividad estable o habilidades tecnológicas. En México, las diferencias territoriales, económicas y generacionales obligan a considerar que no todas las personas cuentan con las mismas posibilidades para utilizar servicios digitales.

Una consulta remota puede representar una solución valiosa para una comunidad alejada, pero su utilidad será limitada si la población carece de conexión a internet o necesita dispositivos que no puede adquirir. De igual manera, una plataforma diseñada sin criterios de accesibilidad puede resultar difícil de utilizar para adultos mayores, personas con discapacidad o usuarios con escasa experiencia digital. Estas circunstancias muestran que la transformación tecnológica debe acompañarse de estrategias que reconozcan las condiciones reales de la población.

Desde una perspectiva humana, considero que una innovación pierde parte de su sentido cuando facilita la atención de quienes ya cuentan con mayores recursos, pero deja atrás a las personas que enfrentan las barreras más importantes. La equidad digital exige diseñar alternativas accesibles, ofrecer orientación a los usuarios y mantener canales de atención no digitales para quienes los necesiten. La modernización sanitaria no debería imponer una única forma de relacionarse con los servicios, sino ampliar las posibilidades de acceso sin excluir a determinados grupos.

La alfabetización digital representa, por tanto, una responsabilidad compartida. Los pacientes necesitan información comprensible para utilizar las herramientas disponibles, mientras que los profesionales requieren preparación para integrarlas de manera pertinente en sus actividades. Esta formación debe superar el aprendizaje técnico y promover una comprensión crítica sobre las ventajas, limitaciones y riesgos de cada recurso.

Asimismo, resulta necesario considerar las condiciones laborales del personal sanitario. Una plataforma puede facilitar determinadas

tareas, pero también aumentar la carga administrativa cuando su diseño resulta complejo o exige duplicar registros. Por ello, la incorporación de tecnologías debe valorar la experiencia de quienes las utilizarán diariamente. Escuchar a médicos, enfermeras y otros integrantes de los equipos permite identificar dificultades operativas y desarrollar soluciones ajustadas a las necesidades reales de los establecimientos.

La transformación digital debería contribuir a que los profesionales dispongan de mejores herramientas para cuidar, no a que dediquen una proporción creciente de su jornada a resolver problemas tecnológicos. Cuando los sistemas se diseñan considerando los procesos asistenciales, pueden favorecer la organización de la información y liberar tiempo para actividades de mayor valor clínico. En cambio, cuando se implementan sin planificación ni acompañamiento, pueden generar resistencia, frustración y dificultades adicionales.

Otro aspecto fundamental consiste en reconocer que la sostenibilidad tecnológica requiere decisiones institucionales de largo plazo. Adquirir equipos o desarrollar plataformas representa solamente una parte del proceso. También se necesitan mantenimiento, conectividad, soporte técnico, actualización, evaluación y recursos para garantizar su funcionamiento. Las iniciativas que dependen exclusivamente de proyectos temporales pueden perder continuidad y limitar sus beneficios para la población.

En consecuencia, México necesita avanzar hacia una planificación digital que articule las necesidades sanitarias, las capacidades institucionales y las condiciones territoriales. Antes de incorporar una herramienta, resulta pertinente identificar qué problema busca resolver, a quiénes beneficiará, cuáles son sus riesgos y cómo se evaluará su contribución. Estas preguntas permiten evitar que la innovación se convierta en un objetivo independiente de la calidad asistencial.

Desde mi criterio, el éxito de la transformación digital no debería medirse únicamente por la cantidad de plataformas implementadas, los dispositivos adquiridos o los procedimientos informatizados. También debería valorarse mediante resultados relacionados con el acceso, la oportunidad de atención, la continuidad asistencial, la seguridad clínica y la satisfacción de los pacientes y profesionales. Una herramienta tecnológicamente avanzada tendrá escaso valor si no contribuye a resolver necesidades concretas del sistema sanitario.

La dimensión humana continúa siendo indispensable en este proceso. Ninguna plataforma puede sustituir completamente la confianza que se construye mediante una conversación respetuosa, la tranquilidad que proporciona una explicación comprensible o la sensibilidad necesaria para reconocer el temor de una persona frente a un diagnóstico. La tecnología puede facilitar el acceso a información y apoyar determinadas decisiones, pero el cuidado requiere comprender experiencias, emociones y circunstancias que no siempre pueden representarse mediante datos.

Por ello, una atención primaria digitalmente fortalecida debe mantener a las personas en el centro de sus decisiones. Para un paciente, el avance tecnológico más importante puede no ser conocer el funcionamiento de un algoritmo, sino recibir una respuesta oportuna, evitar un traslado innecesario o contar con un profesional que conozca sus antecedentes. Estas experiencias permiten comprender que la innovación adquiere verdadero significado cuando se traduce en beneficios concretos para la vida cotidiana.

El futuro de la atención primaria probablemente estará caracterizado por una mayor integración de tecnologías digitales, sistemas de información y herramientas de apoyo a las decisiones. Sin embargo, este desarrollo no garantiza por sí mismo servicios más equitativos ni mejores resultados sanitarios. Su contribución dependerá de las decisiones institucionales, la preparación de los equipos, la evaluación de sus resultados y la capacidad para reconocer las necesidades de quienes enfrentan mayores dificultades de acceso.

Para México, el desafío consiste en aprovechar las posibilidades de la innovación sin reproducir las desigualdades que históricamente han condicionado el acceso a la salud. Esto requiere integrar la transformación digital dentro de una estrategia más amplia de fortalecimiento del primer nivel, donde la tecnología complemente la prevención, el seguimiento, la coordinación asistencial y el trabajo comunitario.

En definitiva, modernizar la atención primaria no significa reemplazar la cercanía humana por procedimientos automatizados, sino utilizar las herramientas disponibles para construir servicios más oportunos, seguros, accesibles y continuos. La mejor innovación no será necesariamente la más compleja, sino aquella que permita resolver problemas reales y mejorar la experiencia de las personas que buscan atención.

> La verdadera innovación en salud no consiste en incorporar más tecnología, sino en utilizarla para acercar el cuidado, reducir las desigualdades y hacer que cada persona se sienta mejor atendida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Morgenstern-Kaplan, D., Rocha-Haro, A., Canales-Albarrán, S. J., Núñez-García, E., & León-Mayorga, Y. (2022). An app-based telemedicine program for primary care and specialist video consultations during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Telemedicine and e-Health, 28*(1), 60–65. https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0055

Saif-Ur-Rahman, K. M., et al. (2023). Artificial intelligence and digital health in improving primary health care service delivery in LMICs: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine, 16*(3), 303–320. https://doi.org/10.1111/jebm.12547

Vidal-Alaball, J., Panadés Zafra, R., Escalé-Besa, A., & Martinez-Millana, A. (2024). The artificial intelligence revolution in primary care: Challenges, dilemmas and opportunities. *Atención Primaria, 56*(2), 102820. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102820



Capítulo 6.

Gestión, Calidad y Sostenibilidad del Primer Nivel de Atención: Estrategias para el Futuro

Capítulo 6.

Gestión, calidad y sostenibilidad del primer nivel de atención: estrategias para el futuro

por

Dra. Iris Elizama Requena Lara

Fortalecer la atención primaria de salud no depende únicamente de ampliar establecimientos, incorporar profesionales o introducir nuevas tecnologías. Para que estas acciones produzcan resultados sostenibles se necesita una estructura capaz de gobernar el sistema, asignar recursos con criterios de equidad, evaluar la calidad, coordinar los distintos niveles asistenciales y responder a crisis sin abandonar las necesidades habituales de la población.

En este sentido, la sostenibilidad del primer nivel representa un desafío tanto sanitario como político e institucional. Una unidad de salud puede funcionar adecuadamente durante determinado periodo y, sin embargo, perder capacidad si cambia el financiamiento, disminuye el personal, desaparecen medicamentos esenciales o se modifican repetidamente las reglas de funcionamiento. Por ello, consolidar la atención primaria exige pensar más allá de programas o periodos administrativos y construir capacidades institucionales que permanezcan en el tiempo.

México enfrenta este desafío dentro de un sistema caracterizado históricamente por fragmentación institucional, desigualdades territoriales y heterogeneidad en el acceso y calidad de los servicios. Reyes-Morales et al. (2024) proponen precisamente posicionar la atención primaria como eje articulador del sistema nacional de salud, lo cual requiere modificar la manera en que se organizan y coordinan los servicios y no únicamente ampliar la oferta existente.

La experiencia latinoamericana confirma que la resiliencia del sistema depende de múltiples componentes. Houghton et al. (2025)

identificaron, en 17 países de América Latina y el Caribe, áreas prioritarias relacionadas con vigilancia, preparación y respuesta ante emergencias, sistemas de información, formulación de políticas, asignación de recursos y equidad. Estas dimensiones muestran que una APS sólida necesita estar conectada con las funciones esenciales de salud pública y formar parte de una estrategia sistémica de largo plazo.

A partir de esta perspectiva, el presente capítulo examina cuatro dimensiones necesarias para proyectar el futuro del primer nivel mexicano: gobernanza y financiamiento; calidad, seguridad y evaluación; integración de redes y continuidad del cuidado; y capacidad de respuesta frente a emergencias sanitarias, cambio climático y nuevos riesgos.

6.1. Gobernanza, financiamiento y asignación eficiente de recursos para fortalecer la atención primaria en México

La gobernanza sanitaria puede entenderse como la capacidad del sistema para definir objetivos, establecer responsabilidades, coordinar actores, utilizar información y rendir cuentas sobre los resultados alcanzados. En sistemas complejos y fragmentados, esta función adquiere una importancia especial porque múltiples instituciones pueden estar actuando simultáneamente sobre poblaciones, territorios y problemas semejantes.

En México, fortalecer la gobernanza de la APS requiere avanzar hacia objetivos comunes que trasciendan las diferencias institucionales. La población necesita rutas de atención comprensibles y coordinadas independientemente de cómo se distribuyan las competencias administrativas.

La gobernanza no debería limitarse a producir normas. Una política puede declarar que la atención primaria constituye el eje del sistema y, al mismo tiempo, encontrar dificultades en su implementación cuando las unidades carecen de personal, medicamentos, información o capacidad de referencia.

Por ello, existe una distancia importante entre gobernar mediante disposiciones y gobernar mediante capacidades.

La primera establece qué debería ocurrir; la segunda crea las condiciones necesarias para que efectivamente ocurra.

Borja-Aburto (2024) plantea que el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar busca organizar la atención de la población sin seguridad social desde principios de APS, integrando servicios durante el curso de vida, determinantes de la salud y participación de personas y comunidades. Convertir estos principios en práctica requiere coordinación territorial, financiamiento suficiente y mecanismos claros de evaluación.

El financiamiento constituye precisamente uno de los pilares de esta transformación. No existe atención primaria fuerte cuando el primer nivel recibe recursos residuales después de atender las necesidades hospitalarias.

Tradicionalmente, los hospitales y las tecnologías de alta complejidad pueden adquirir mayor visibilidad política y social. Sin embargo, muchos de los problemas que posteriormente requieren hospitalización podrían prevenirse o controlarse mediante intervenciones tempranas.

Invertir en APS significa financiar prevención, seguimiento de enfermedades crónicas, salud materno-infantil, vacunación, salud mental, atención domiciliaria, medicamentos esenciales, diagnóstico básico y trabajo comunitario.

Wickramaarachchi et al. (2025) ofrecen una perspectiva especialmente relevante al analizar el costo de no invertir en resiliencia de la APS en América Latina y el Caribe. Su modelo considera los efectos de futuras perturbaciones sobre atención prenatal, salud infantil, planificación familiar y enfermedades no transmisibles. Los autores muestran que la interrupción de estas intervenciones durante crisis puede producir consecuencias sanitarias y económicas considerables.

Este análisis permite modificar la pregunta habitual. En lugar de preguntar solamente cuánto cuesta fortalecer el primer nivel, también debe preguntarse: ¿cuánto cuesta no fortalecerlo?

Una diabetes mal controlada que termina en insuficiencia renal, una hipertensión que evoluciona hacia un accidente cerebrovascular o una infección detectada demasiado tarde generan costos considerablemente mayores que muchas intervenciones preventivas.

El financiamiento necesita, además, distribuirse con criterios de equidad.

Asignar exactamente los mismos recursos por habitante a todos los territorios puede parecer justo, pero ignora diferencias en necesidades. Una comunidad rural dispersa presenta costos operativos distintos de una zona urbana; una región con alta pobreza, envejecimiento o prevalencia de enfermedades crónicas puede requerir recursos adicionales.

Por ello, la asignación debería incorporar variables demográficas, epidemiológicas, territoriales y sociales.

Serván-Mori et al. (2025) muestran que las desigualdades mexicanas en cobertura sanitaria presentan importantes diferencias subnacionales. Estos hallazgos respaldan la necesidad de evitar fórmulas de asignación que dependan exclusivamente del tamaño poblacional.

La eficiencia, por su parte, no debe confundirse con reducción indiscriminada del gasto.

Un sistema eficiente utiliza sus recursos para producir el mayor beneficio sanitario posible sin comprometer calidad ni equidad. Reducir una consulta de veinte a diez minutos puede disminuir aparentemente el costo inmediato, pero resultar ineficiente si genera diagnósticos incompletos, menor adherencia o consultas repetidas.

De forma semejante, reducir el abastecimiento de determinados medicamentos puede producir un ahorro presupuestario inicial y mayores complicaciones posteriormente.

Por ello, evaluar eficiencia requiere observar resultados de mediano y largo plazo.

Antes de analizar la calidad, la Tabla 9 resume las dimensiones fundamentales de una gobernanza orientada al fortalecimiento sostenible de la APS.

Tabla 9. Dimensiones estratégicas de gobernanza y financiamiento para fortalecer la atención primaria en México

Dimensión	Problema que debe evitarse	Estrategia prioritaria	Resultado esperado
Gobernanza	Políticas fragmentadas y cambios frecuentes de orientación	Objetivos nacionales de APS con responsabilidades institucionales definidas	Mayor estabilidad y coherencia del sistema
Financiamiento	Primer nivel subordinado financieramente a atención hospitalaria	Presupuesto suficiente, previsible y protegido para APS	Mayor capacidad preventiva y resolutiva
Asignación territorial	Distribución uniforme pese a necesidades diferentes	Fórmulas que incorporen población, marginación, ruralidad y carga de enfermedad	Mayor equidad territorial
Abastecimiento	Interrupciones de medicamentos e insumos	Sistemas de planificación, compra y distribución basados en necesidades	Continuidad terapéutica
Información para gestión	Decisiones basadas en datos incompletos o tardíos	Sistemas integrados con indicadores territoriales	Planificación basada en evidencia
Rendición de cuentas	Evaluación centrada únicamente en gasto o volumen de consultas	Indicadores de acceso, calidad, resultados, equidad y satisfacción	Mayor responsabilidad por resultados
Participación social	Decisiones alejadas de necesidades comunitarias	Incorporación de comunidades en diagnóstico y evaluación	Servicios con mayor pertinencia territorial

Fuente: elaboración propia a partir de Reyes-Morales et al. (2024).

La Tabla 9 muestra que el financiamiento adquiere verdadero sentido cuando se conecta con objetivos sanitarios. Saber cuánto se gasta es insuficiente si no se conoce qué resultados produce ese gasto.

El futuro de la APS mexicana requiere, por ello, presupuestos vinculados con necesidades poblacionales y resultados, sin convertir la evaluación en un sistema rígido de incentivos que favorezca únicamente aquello que resulta más fácil de medir.

6.2. Calidad, seguridad del paciente, capacidad resolutiva y evaluación de resultados en el primer nivel

Ampliar el acceso constituye una condición necesaria, pero no suficiente, para mejorar la salud.

Una persona puede conseguir una consulta y, aun así, recibir una atención incompleta, poco segura o insuficientemente resolutiva. Por ello, la cobertura debe analizarse juntamente con la calidad.

Flores-Hernández et al. (2024), utilizando información de Ensanut 2018 y Ensanut Continua 2022, identificaron deficiencias en distintos procesos asistenciales del sistema mexicano, entre ellos control prenatal, vacunación al nacimiento, uso de antibióticos en infecciones respiratorias y atención de personas con diabetes.

Estos resultados son particularmente importantes porque muestran que el acceso por sí mismo no garantiza atención efectiva.

La calidad puede analizarse mediante diferentes dimensiones: efectividad clínica, seguridad, oportunidad, continuidad, trato digno, eficiencia y equidad.

Una atención efectiva produce el resultado que razonablemente se espera de acuerdo con la evidencia disponible. Una atención segura evita daños innecesarios. Una atención oportuna ocurre cuando todavía puede modificar favorablemente el curso del problema.

La experiencia del paciente también forma parte de la calidad.

Flores-Hernández et al. (2024) observaron que la cercanía y rapidez fueron motivos importantes para que personas mexicanas buscaran atención en servicios privados. Este dato plantea una pregunta relevante para los servicios públicos: no basta con disponer formalmente de una unidad si obtener la atención requiere tiempos o trayectorias que las personas consideran excesivos.

La seguridad del paciente también debe ocupar un lugar central en APS.

Con frecuencia, esta dimensión se asocia principalmente con hospitales y procedimientos complejos. Sin embargo, en el primer nivel pueden producirse errores de medicación, fallas diagnósticas, retrasos en referencia, resultados de laboratorio que no se comunican o interacciones farmacológicas no detectadas.

La expansión de enfermedades crónicas y multimorbilidad incrementa estos riesgos.

Una persona mayor puede utilizar varios medicamentos prescritos por diferentes profesionales. Sin mecanismos adecuados de conciliación y revisión farmacológica, aumenta el riesgo de duplicidades e interacciones.

La seguridad requiere sistemas, no únicamente profesionales cuidadosos.

Esto significa diseñar mecanismos para seguimiento de resultados anormales, identificación correcta de pacientes, comunicación de alertas, revisión de medicamentos y aprendizaje a partir de incidentes.

La capacidad resolutiva representa otro componente de calidad. Un primer nivel que deriva prácticamente todos los problemas genera sobrecarga hospitalaria y mayores costos para pacientes y familias.

Pero capacidad resolutiva no significa evitar todas las referencias.

Significa resolver correctamente aquello que corresponde al nivel primario y reconocer tempranamente cuándo se necesita mayor complejidad.

La evaluación debe medir esta capacidad mediante indicadores clínicamente relevantes.

Por ejemplo, proporción de personas hipertensas controladas, pacientes con diabetes con seguimiento adecuado, embarazadas con atención oportuna, cobertura efectiva de vacunación, control de síntomas en salud mental, tiempos de referencia y hospitalizaciones potencialmente evitables.

También es necesario medir desigualdades. Un promedio nacional puede mostrar mejoría mientras determinados territorios permanecen rezagados.

Por ello, los indicadores deberían desagregarse según región, ruralidad, condición socioeconómica y otras características relevantes.

Evaluar no significa buscar culpables. Una cultura de calidad madura utiliza los resultados para identificar problemas del sistema y aprender.

Cuando un indicador es deficiente, la pregunta no debería limitarse a quién falló, sino investigar qué procesos hicieron posible que ocurriera.

6.3. Redes integradas de servicios, referencia, contrarreferencia y continuidad del cuidado

Una de las principales expresiones de la calidad en atención primaria es la continuidad.

La salud de las personas no se divide de acuerdo con la estructura administrativa del sistema. Un paciente puede comenzar su atención en un centro de salud, necesitar posteriormente evaluación especializada, ingresar a un hospital y finalmente regresar a su comunidad.

Desde su perspectiva, todo ello constituye un único proceso de cuidado.

Sin embargo, cuando los servicios no están coordinados, ese proceso se fragmenta.

La referencia consiste en trasladar temporalmente la responsabilidad hacia un nivel con mayores capacidades diagnósticas o terapéuticas. La contrarreferencia debe garantizar que la información regrese al primer nivel para continuar el seguimiento. Cuando esta segunda parte no ocurre, la referencia se transforma en una ruptura.

Hersch, Klemenhagen y Adam (2024) consideran la continuidad un componente fundamental de la atención primaria y señalan que se encuentra asociada con mayor satisfacción de los pacientes, mejores resultados y menores costos totales.

La importancia de esta relación supera la organización administrativa. Cuando una persona mantiene contacto con un profesional o equipo que conoce su historia, disminuye la necesidad de reconstruir todos sus antecedentes en cada encuentro. El equipo puede identificar cambios sutiles, reconocer patrones de adherencia y comprender las circunstancias familiares que influyen sobre el cuidado.

La continuidad incluye varias dimensiones.

- La **continuidad relacional** se refiere al vínculo mantenido con profesionales o equipos conocidos.
- La **continuidad informacional** garantiza que antecedentes y decisiones previas estén disponibles cuando se necesitan.
- La **continuidad de gestión** permite que diferentes profesionales actúen de manera coherente sobre un mismo problema.

Estas tres dimensiones deberían estar presentes en una red integrada. La digitalización analizada en el capítulo anterior puede facilitar este objetivo, pero no sustituye los acuerdos organizativos.

Compartir un expediente electrónico es útil, pero insuficiente si nadie tiene responsabilidad claramente definida sobre el seguimiento.

Las redes necesitan establecer rutas.

Una persona con sospecha de cáncer, por ejemplo, debe conocer dónde será evaluada, cuánto tiempo debería esperar, quién vigilará el resultado y cómo regresará al primer nivel.

Lo mismo ocurre con una persona hospitalizada por descompensación de diabetes. El alta no debería constituir el final de la atención, sino la transición hacia una nueva etapa de seguimiento. La ausencia de contrarreferencia puede generar incertidumbre y duplicación de pruebas. Además, coloca una carga injusta sobre el paciente, quien termina transportando recetas, informes y explicaciones entre profesionales.

La experiencia humana de la fragmentación resulta fácilmente reconocible: tener que contar nuevamente la misma historia, no saber dónde solicitar una cita, recibir indicaciones contradictorias o descubrir que un resultado no llegó al profesional correspondiente. Una red integrada busca eliminar precisamente esas experiencias.

La Tabla 10 resume los componentes necesarios para construir continuidad efectiva dentro de una red asistencial.

Tabla 10. Componentes de una red integrada orientada a la continuidad del cuidado

Componente	Función principal	Problema que previene	Indicador posible
Población adscrita a equipos de APS	Definir responsabilidad sanitaria sobre una población	Atención episódica y ausencia de seguimiento	Porcentaje de población con equipo de referencia
Referencia estructurada	Enviar información clínica necesaria al nivel especializado	Derivaciones incompletas	Referencias con información clínica suficiente
Contrarreferencia	Devolver diagnóstico y plan terapéutico al primer nivel	Pérdida de continuidad después de	Contrarreferencias recibidas oportunamente

		atención especializada	
Expediente interoperable	Compartir información esencial entre niveles	Duplicación de estudios y pérdida de antecedentes	Acceso compartido a información clínica
Gestión de casos	Coordinar pacientes con necesidades complejas	Fragmentación en multimorbilidad	Pacientes de alto riesgo con plan individual
Seguimiento posterior al alta	Retomar oportunamente el cuidado comunitario	Reingresos y abandono terapéutico	Consulta de seguimiento después de hospitalización
Comunicación profesional directa	Resolver dudas entre niveles	Referencias innecesarias y retrasos	Disponibilidad de teleconsultoría o interconsulta
Evaluación de continuidad	Medir estabilidad de la relación asistencial	Invisibilidad de rupturas del cuidado	Indicadores longitudinales de continuidad

Fuente: elaboración propia a partir de Hersch et al. (2024), Croke et al. (2024), Reyes-Morales et al. (2024).

La Tabla 10 evidencia que construir redes no significa únicamente establecer convenios entre instituciones. Una red existe cuando la persona puede transitar por ella sin perder continuidad.

En este sentido, la primera pregunta después de una referencia no debería ser únicamente si el paciente consiguió la cita, sino también qué ocurrió después y quién asumió nuevamente su seguimiento.

Fortalecer las redes integradas permitiría además utilizar más eficientemente los recursos. Una comunicación fluida entre profesionales puede evitar referencias innecesarias y permitir que determinados problemas permanezcan bajo manejo del primer nivel con asesoramiento especializado.

La continuidad se convierte así en una característica clínica, organizativa y humana de la calidad.

6.4. Atención primaria resiliente frente a emergencias sanitarias, cambio climático y desafíos futuros del sistema de salud mexicano

La pandemia de COVID-19 modificó profundamente la manera de comprender la preparación de los sistemas sanitarios.

Una emergencia no afecta únicamente a quienes padecen la enfermedad responsable de la crisis. También puede interrumpir vacunación, atención prenatal, seguimiento de diabetes e hipertensión, servicios de salud mental y múltiples intervenciones preventivas.

Esta experiencia demostró que un sistema resistente no es solamente aquel capaz de ampliar camas hospitalarias durante una crisis, sino aquel que consigue mantener sus funciones esenciales mientras responde a una amenaza extraordinaria.

Aquí la atención primaria desempeña un papel central.

Houghton et al. (2025), al analizar las funciones esenciales de salud pública en 17 países de América Latina y el Caribe, identificaron veinte áreas de trabajo relacionadas con resiliencia. Estas incluyen vigilancia, respuesta a emergencias, sistemas de información, formulación de políticas, asignación de recursos y equidad.

La relevancia de estos hallazgos reside en mostrar que la resiliencia se construye antes de que aparezca una crisis.

No puede improvisarse cuando los hospitales ya están saturados.

Un primer nivel resiliente necesita conocer su población, disponer de mecanismos de vigilancia, mantener canales de comunicación, proteger al personal y contar con planes para preservar servicios esenciales.

La comunidad también desempeña un papel determinante.

Houghton et al. (2025), en una revisión complementaria sobre estrategias comunitarias frente a perturbaciones en América Latina y el Caribe, muestran la importancia de incorporar participación social y capacidad comunitaria dentro de las estrategias de resiliencia.

Las comunidades pueden ayudar a identificar personas vulnerables, comunicar riesgos, sostener redes de apoyo y adaptar las respuestas a condiciones locales.

Esta capacidad resulta especialmente relevante en México debido a su diversidad territorial y exposición a múltiples amenazas.

A las pandemias deben añadirse terremotos, huracanes, inundaciones, sequías, olas de calor, incendios, migraciones y otras situaciones capaces de interrumpir la atención.

El cambio climático aumenta la importancia de esta preparación.

Haines, Kimani-Murage y Gopfert (2024) destacan la necesidad de fortalecer la APS ante un clima cambiante. Los efectos pueden producirse mediante diferentes mecanismos: temperaturas extremas, cambios en distribución de vectores, eventos meteorológicos, inseguridad alimentaria y deterioro de condiciones ambientales.

Estos fenómenos no afectarán a todas las personas por igual.

Adultos mayores, niños, personas con enfermedades crónicas, trabajadores expuestos al calor y comunidades de menores recursos pueden presentar mayor vulnerabilidad.

Por ello, la adaptación climática debe incorporarse progresivamente a la planificación territorial del primer nivel.

Esto podría incluir identificación de pacientes vulnerables durante olas de calor, vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores, planes de continuidad ante inundaciones y preparación para interrupciones eléctricas o de transporte.

La infraestructura sanitaria también necesita ser resiliente.

Una unidad de salud incapaz de funcionar durante una emergencia precisamente cuando más se necesita representa una vulnerabilidad del sistema.

La planificación futura debería considerar disponibilidad de agua, energía, conectividad, almacenamiento seguro de medicamentos y rutas alternativas de abastecimiento.

El cambio climático plantea además desafíos epidemiológicos difíciles de predecir. Por ello, la vigilancia y la capacidad de adaptación resultan tan importantes como los protocolos previamente definidos.

La resiliencia no consiste en adivinar cuál será la próxima crisis.

Consiste en construir un sistema suficientemente flexible para responder a diferentes crisis sin perder sus funciones fundamentales.

Wickramaarachchi et al. (2025) muestran precisamente las consecuencias potenciales de permitir que las perturbaciones reduzcan la cobertura de servicios esenciales en América Latina y el Caribe. Su análisis convierte la inversión en resiliencia en una cuestión tanto sanitaria como económica.

México necesita, por tanto, integrar preparación para emergencias dentro del funcionamiento cotidiano de la APS y no mantenerla como una estructura paralela activada únicamente durante situaciones excepcionales.

Las dimensiones analizadas permiten comprender que la sostenibilidad del primer nivel de atención no depende de una acción aislada, sino de la articulación entre gobernanza, financiamiento, calidad, continuidad y capacidad de adaptación. Estos componentes actúan de manera interdependiente: una gobernanza débil afecta la asignación de recursos; un financiamiento insuficiente limita la capacidad resolutiva; redes fragmentadas deterioran la continuidad; y un sistema que opera permanentemente al límite dispone de menor capacidad para responder ante emergencias. La Figura 8 sintetiza estas relaciones dentro de un modelo integrado de sostenibilidad para la atención primaria.



Figura 8. Modelo integrado para la sostenibilidad del primer nivel de atención

Como se observa en la Figura 8, una atención primaria sostenible requiere bases institucionales sólidas y, al mismo tiempo, capacidad para adaptarse a contextos cambiantes. La gobernanza y el financiamiento crean las condiciones para actuar; la calidad y la seguridad orientan la prestación cotidiana; las redes integradas permiten mantener continuidad; y la resiliencia protege los servicios frente a emergencias y nuevos riesgos. La interacción de estos pilares permite construir un primer nivel más estable, equitativo y confiable, capaz de responder a las necesidades actuales sin comprometer su capacidad para enfrentar los desafíos futuros.

Reflexión final del capítulo

El futuro de la atención primaria de salud en México dependerá menos de la implementación de intervenciones aisladas que de la capacidad para construir un sistema sanitario coherente, articulado y comprometido con las necesidades de la población. La gobernanza, el financiamiento, la calidad asistencial, la continuidad del cuidado y la resiliencia constituyen dimensiones estrechamente relacionadas que deben abordarse desde una visión integral. Su fortalecimiento requiere comprender que las decisiones adoptadas en cada ámbito influyen directamente en el funcionamiento de los demás y, especialmente, en las

oportunidades que tienen las personas para recibir una atención digna, oportuna y segura.

Una gobernanza débil puede dificultar la distribución adecuada de los recursos y limitar la coordinación entre instituciones. De manera similar, un financiamiento insuficiente afecta la disponibilidad de profesionales, medicamentos, infraestructura y tecnologías necesarias para resolver los problemas de salud. Cuando el primer nivel presenta dificultades para responder oportunamente, aumentan las derivaciones que podrían evitarse, se incrementa la presión sobre los servicios especializados y se debilita la continuidad asistencial. Estas situaciones evidencian que los desafíos de la atención primaria no pueden resolverse mediante acciones independientes, sino a través de estrategias capaces de fortalecer el conjunto del sistema.

Desde una perspectiva de salud pública, considero que uno de los principales retos consiste en superar una visión de la gestión sanitaria centrada exclusivamente en el cumplimiento de actividades y procedimientos administrativos. La organización institucional es indispensable, pero adquiere verdadero significado cuando contribuye a mejorar la experiencia de las personas. Una decisión relacionada con la distribución de recursos, la contratación de profesionales o la organización de los servicios puede parecer distante de la atención clínica; sin embargo, sus consecuencias se manifiestan diariamente en los establecimientos y en las comunidades que dependen de ellos.

En este sentido, la gobernanza representa una responsabilidad que trasciende la definición de estructuras jerárquicas. Implica establecer prioridades claras, promover la coordinación entre instituciones, utilizar información confiable y generar mecanismos que permitan evaluar los resultados de las decisiones adoptadas. Una gestión adecuada también requiere reconocer las diferencias territoriales y comprender que las necesidades de una comunidad rural pueden ser distintas de las que presenta una zona urbana con mayor disponibilidad de servicios.

La diversidad social, cultural y geográfica de México exige modelos de organización capaces de responder a estas particularidades. No resulta suficiente establecer lineamientos generales si posteriormente las instituciones carecen de condiciones para adaptarlos a sus contextos. Por ello, fortalecer la gobernanza también significa reconocer las capacidades locales, promover la participación de los equipos sanitarios y escuchar a las comunidades sobre las dificultades que enfrentan para acceder a la atención.

La calidad constituye otra dimensión fundamental de esta transformación. Flores-Hernández et al. (2024) identifican deficiencias en la calidad de la atención sanitaria en México a lo largo de diferentes etapas del curso de vida. Estos hallazgos recuerdan que ampliar la cobertura o incrementar el número de consultas no garantiza, por sí mismo, mejores resultados. La verdadera contribución de los servicios debe valorarse considerando la oportunidad de atención, la pertinencia de las intervenciones y la capacidad para responder a las necesidades de los pacientes.

Desde una mirada humana, evaluar la calidad implica reconocer que las personas experimentan los servicios sanitarios como un conjunto de situaciones relacionadas. Para un paciente, recibir una atención adecuada no significa únicamente encontrar un profesional capacitado. También supone conseguir una cita en un tiempo razonable, ser tratado con respeto, comprender las explicaciones médicas, disponer de los medicamentos indicados y saber cómo continuar su tratamiento. Cuando alguno de estos elementos falla, la experiencia de atención puede verse afectada, incluso si determinados procedimientos clínicos se desarrollaron correctamente.

Por esta razón, la calidad debe comprenderse desde una perspectiva clínica, organizativa y humana. Los indicadores relacionados con diagnósticos, tratamientos y resultados sanitarios son indispensables, pero necesitan complementarse con información sobre la experiencia de los usuarios, las dificultades de acceso y la continuidad

del cuidado. Escuchar a quienes utilizan los servicios permite reconocer problemas que no siempre aparecen en los registros administrativos y construir respuestas mejor relacionadas con las necesidades reales de la población.

La continuidad asistencial adquiere especial relevancia dentro de esta visión integrada. Las personas que viven con enfermedades crónicas, requieren tratamientos prolongados o presentan múltiples condiciones de salud necesitan relaciones estables con los equipos sanitarios y mecanismos efectivos de coordinación entre establecimientos. Hersch et al. (2024) relacionan la continuidad del cuidado con aspectos como la satisfacción de los pacientes, los resultados sanitarios y la utilización de recursos. Esta evidencia respalda la importancia de desarrollar redes que permitan mantener el seguimiento y reducir interrupciones innecesarias en la atención.

Una red de servicios no debería organizarse únicamente a partir de la distribución administrativa de los establecimientos. Su funcionamiento necesita considerar el recorrido que realiza una persona desde el momento en que identifica una necesidad hasta que recibe atención, tratamiento y seguimiento. Cuando estos procesos se encuentran desconectados, pueden aparecer retrasos, duplicación de procedimientos y dificultades para acceder a servicios especializados.

Desde mi criterio, una de las expresiones más claras de la fragmentación sanitaria ocurre cuando el paciente debe asumir personalmente la responsabilidad de coordinar su atención. Una persona que necesita una valoración especializada no debería enfrentar sola la búsqueda de información, la organización de documentos o la incertidumbre sobre los pasos siguientes. Del mismo modo, después de recibir atención hospitalaria, debería existir una comunicación adecuada con el primer nivel para garantizar el seguimiento correspondiente.

Esta reflexión permite comprender que la continuidad asistencial constituye tanto una responsabilidad institucional como una expresión

de respeto hacia las personas. Cuando los servicios se comunican y comparten información pertinente de manera segura, disminuye la necesidad de repetir procedimientos y se favorece una atención más organizada. La coordinación no solamente contribuye a utilizar mejor los recursos, sino que puede reducir preocupaciones y dificultades para los pacientes y sus familias.

El financiamiento representa otra decisión estratégica para la sostenibilidad de la atención primaria. Un primer nivel fortalecido requiere inversiones capaces de sostener la formación y permanencia del personal, el abastecimiento de medicamentos, el mantenimiento de la infraestructura, la incorporación pertinente de tecnologías y las actividades comunitarias. Estas necesidades no pueden atenderse adecuadamente cuando los recursos dependen de iniciativas temporales o cuando su distribución desconoce las diferencias entre territorios.

Sin embargo, disponer de mayores recursos no garantiza automáticamente una mejora de los servicios. También es necesario establecer prioridades, promover transparencia y evaluar si las inversiones contribuyen efectivamente a resolver las necesidades identificadas. Una gestión financiera responsable debe considerar tanto la eficiencia en el uso de los recursos como su capacidad para generar beneficios sanitarios y reducir desigualdades.

Desde una perspectiva social, considero que el financiamiento de la atención primaria debe comprenderse como una inversión en bienestar y protección colectiva. Prevenir complicaciones, identificar enfermedades oportunamente y mantener tratamientos continuos puede contribuir a evitar sufrimientos y necesidades asistenciales de mayor complejidad. No obstante, estos beneficios requieren políticas sostenidas y mecanismos de evaluación que permitan reconocer qué intervenciones generan resultados favorables y cuáles necesitan fortalecerse.

La sostenibilidad también se relaciona con la capacidad de responder a emergencias sanitarias, fenómenos climáticos y otras

situaciones que pueden alterar el funcionamiento de los servicios. Las experiencias recientes han demostrado que los sistemas de salud necesitan mantener sus funciones esenciales incluso cuando enfrentan circunstancias extraordinarias. Un establecimiento que opera permanentemente cerca de sus límites dispone de menores posibilidades para responder a incrementos repentinos de la demanda o a interrupciones en el abastecimiento.

Wickramaarachchi et al. (2025) analizan las consecuencias sanitarias y económicas que pueden derivarse de no fortalecer la resiliencia de la atención primaria frente a futuras crisis. Esta perspectiva permite comprender que la preparación para emergencias no representa una responsabilidad secundaria, sino una condición necesaria para proteger los avances alcanzados y garantizar la continuidad de los servicios.

En este escenario, la resiliencia debe entenderse como la capacidad institucional para anticipar riesgos, adaptarse a situaciones adversas, mantener funciones esenciales y aprender de las experiencias. No se trata únicamente de recuperar el funcionamiento después de una emergencia, sino de desarrollar condiciones que permitan responder de manera organizada y reducir sus consecuencias sobre la población.

Houghton et al. (2025) destacan la importancia de articular la atención primaria con la vigilancia sanitaria, los sistemas de información, la formulación de políticas, la disponibilidad de recursos y la equidad. Estos componentes permiten comprender que la resiliencia depende de una organización integral, en la que los diferentes niveles y actores del sistema trabajan de manera coordinada.

Para México, esta necesidad adquiere particular relevancia debido a la diversidad de riesgos sanitarios y ambientales que pueden afectar a sus territorios. Las emergencias epidemiológicas, los fenómenos meteorológicos extremos y las interrupciones de servicios básicos pueden modificar rápidamente las condiciones de atención. Por ello, los

establecimientos del primer nivel necesitan protocolos claros, recursos esenciales y mecanismos de comunicación que faciliten la continuidad del cuidado en circunstancias adversas.

Desde una mirada humana, la importancia de estas medidas se comprende mejor cuando se consideran sus efectos sobre la vida cotidiana. Para una persona con diabetes, la interrupción del suministro de medicamentos puede representar un riesgo importante. Para una mujer embarazada, la falta de transporte durante una emergencia puede dificultar el acceso a una atención necesaria. Para una comunidad afectada por un huracán, mantener funcionando un establecimiento sanitario puede constituir una de las principales fuentes de seguridad y acompañamiento.

Estas situaciones recuerdan que la resiliencia no puede evaluarse únicamente mediante la existencia de planes o protocolos institucionales. Su verdadero valor se manifiesta cuando los servicios logran mantener respuestas oportunas y proteger especialmente a las personas que enfrentan mayores dificultades. La preparación adquiere sentido cuando reduce riesgos concretos y evita que una crisis sanitaria profundice desigualdades previamente existentes.

Otro aspecto fundamental consiste en fortalecer la capacidad de aprendizaje de las instituciones. Una atención primaria sostenible no es aquella que permanece inalterable frente a los cambios, sino la que puede revisar sus resultados, reconocer dificultades y modificar sus estrategias. La evaluación continua permite identificar problemas de organización, analizar experiencias y orientar decisiones fundamentadas.

En este sentido, considero que las instituciones sanitarias deben promover una cultura de mejora que no se limite a identificar incumplimientos, sino que facilite comprender sus causas y construir soluciones. Los profesionales necesitan espacios para compartir experiencias, expresar dificultades y participar en propuestas de fortalecimiento. Cuando la gestión reconoce el conocimiento de quienes

trabajan diariamente en los establecimientos, aumenta la posibilidad de desarrollar intervenciones relacionadas con las necesidades reales de los servicios.

La participación comunitaria también constituye una dimensión importante de la sostenibilidad. Las personas y las organizaciones locales poseen conocimientos sobre las características del territorio, las barreras de acceso y las dificultades que enfrentan las familias. Incorporar estas experiencias en la planificación puede contribuir a mejorar la pertinencia de las estrategias y fortalecer la confianza hacia las instituciones.

No obstante, la participación de la comunidad no debería interpretarse como un sustituto de las responsabilidades institucionales. La construcción de servicios sostenibles requiere financiamiento, personal capacitado, infraestructura y decisiones públicas continuas. La colaboración comunitaria puede enriquecer estas condiciones, pero no reemplazar la obligación de garantizar servicios sanitarios accesibles y de calidad.

La equidad debe mantenerse como un principio transversal de todas estas decisiones. Una política de financiamiento, una reforma organizativa o una estrategia de transformación digital pueden producir beneficios generales y, al mismo tiempo, dejar fuera a determinados grupos. Por esta razón, fortalecer la atención primaria exige analizar cómo se distribuyen los resultados entre territorios y poblaciones, prestando especial atención a quienes enfrentan mayores barreras económicas, sociales, culturales o geográficas.

Desde mi criterio, una de las preguntas más importantes para evaluar el futuro del primer nivel mexicano es si sus transformaciones están logrando acercar los servicios a las personas que más los necesitan. La eficiencia administrativa, la innovación y la ampliación de cobertura representan avances relevantes, pero deben valorarse junto con su contribución a reducir desigualdades y mejorar las experiencias de atención.

Humanizar la gestión sanitaria implica reconocer que detrás de cada decisión institucional existe una consecuencia que puede afectar directamente a una persona o una comunidad. Una asignación presupuestaria puede determinar la disponibilidad de medicamentos; una decisión sobre contratación puede garantizar o limitar la presencia de profesionales; una referencia mal coordinada puede prolongar la espera de un paciente; y un establecimiento preparado para una emergencia puede mantener servicios esenciales cuando las familias más los necesitan.

Estas experiencias evidencian que la gestión sanitaria no constituye una actividad distante del cuidado. Por el contrario, representa una dimensión esencial para crear las condiciones que permiten atender con oportunidad, seguridad y respeto. Los profesionales pueden poseer conocimientos y compromiso, pero necesitan instituciones capaces de respaldar su trabajo mediante recursos, coordinación y decisiones sostenibles.

El futuro de la atención primaria mexicana requiere, por tanto, una visión de largo plazo que articule las políticas sanitarias con las necesidades de la población. Las transformaciones institucionales deben fortalecer la capacidad para prevenir enfermedades, resolver problemas frecuentes, coordinar servicios y acompañar a las personas a lo largo de su vida. Asimismo, necesitan incorporar mecanismos de evaluación que permitan reconocer los avances y corregir oportunamente las dificultades.

Una atención primaria sostenible no puede depender exclusivamente de iniciativas aisladas ni de esfuerzos individuales. Su consolidación exige continuidad en las políticas, estabilidad organizativa, participación profesional y compromiso institucional. También requiere comprender que los resultados sanitarios se construyen progresivamente y que muchas mejoras necesitan tiempo para reflejarse en la experiencia de las comunidades.

En definitiva, el fortalecimiento del primer nivel representa una oportunidad para avanzar hacia un sistema sanitario más coherente, equitativo y humano. La gobernanza, el financiamiento, la calidad, la continuidad y la resiliencia deben entenderse como responsabilidades complementarias que adquieren sentido cuando contribuyen a proteger el bienestar de las personas.

El verdadero progreso no consistirá únicamente en disponer de más establecimientos, presupuestos o tecnologías, sino en garantizar que estos recursos se traduzcan en servicios capaces de responder oportunamente, mantener el acompañamiento y ofrecer seguridad incluso en circunstancias adversas.

Para México, construir una atención primaria sólida significa reconocer que la salud de la población depende tanto de las decisiones clínicas como de la capacidad institucional para organizar, financiar y sostener el cuidado. La transformación será verdaderamente significativa cuando las personas puedan confiar en que encontrarán servicios cercanos, profesionales preparados y respuestas continuas, independientemente de su lugar de residencia o condición social.

Un sistema de salud verdaderamente sostenible no es aquel que solo resiste las crisis, sino el que aprende, se transforma y nunca pierde de vista a las personas que tiene la responsabilidad de cuidar.

Finalmente, se comparte la experiencia de la autora como evaluadora del Premio IMSS a la Calidad y Competitividad, que le ha representado una de las etapas más significativas de su desarrollo profesional dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta responsabilidad le brindó la oportunidad de conocer, analizar y valorar los esfuerzos institucionales orientados al fortalecimiento de la calidad, la seguridad y la mejora continua de los servicios de salud, desde una perspectiva integral centrada en las personas y en las necesidades de la población derechohabiente.

Participar en los procesos de evaluación a nivel nacional en el Premio IMSS le permitió comprender que la calidad en las instituciones de salud va más allá del cumplimiento de lineamientos, estándares e indicadores. Constituye una cultura organizacional que se construye mediante el compromiso de los equipos de trabajo, el liderazgo efectivo, la gestión estratégica, la estandarización de los procesos y la evaluación sistemática de los resultados. Asimismo, representa una responsabilidad compartida que exige identificar áreas de oportunidad, prevenir riesgos, implementar acciones de mejora y consolidar prácticas que garanticen servicios seguros, oportunos, eficientes y humanistas.

Desde esta perspectiva, uno de los mayores aprendizajes y satisfacciones de su trayectoria ha sido contribuir al proceso de transformación de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, acompañando sus esfuerzos institucionales hasta alcanzar el Premio IMSS a la Competitividad en el año 2019. Este reconocimiento constituye el resultado de un trabajo sistemático, de la suma de voluntades y del compromiso de un equipo multidisciplinario que asumió la calidad como un eje fundamental de su gestión. Alcanzarlo significó demostrar que, cuando existe liderazgo, participación del personal, claridad en los objetivos y una visión compartida, es posible transformar los procesos y obtener resultados que fortalecen el desempeño institucional.

Este logro también reafirmó la convicción de la autora en cuanto a que la calidad en los servicios de salud no debe entenderse únicamente como la capacidad de alcanzar reconocimientos, sino como la consolidación de organizaciones que aprenden, innovan, evalúan sus resultados y responden de manera efectiva a las necesidades de sus usuarios. La verdadera trascendencia de estos modelos de gestión radica en su capacidad para generar valor público y contribuir al bienestar de la sociedad.

En este sentido, la autora considera fundamental reconocer que la calidad y la seguridad deben estar presentes en todos los niveles de la

organización y abarcar tanto a los usuarios externos como a los internos. Para los usuarios externos, particularmente los pacientes y sus familias, significa recibir una atención digna, segura, oportuna, resolutiva y con pleno respeto a sus derechos. Para los usuarios internos, representa disponer de condiciones organizacionales adecuadas, procesos claramente definidos, capacitación continua, comunicación efectiva, reconocimiento y un entorno laboral que favorezca su desarrollo y desempeño profesional.

La seguridad, por su parte, debe constituir un principio transversal en cada proceso institucional. Identificar riesgos, establecer controles, prevenir incidentes, fortalecer las competencias del personal y evaluar permanentemente los resultados son acciones indispensables para reducir la posibilidad de errores y proteger tanto a quienes reciben los servicios como a quienes los proporcionan. En una institución de salud, cada proceso tiene implicaciones directas o indirectas en la calidad de la atención y, por consiguiente, en la seguridad y confianza de las personas.

A partir de esta experiencia, la autora reafirma que la mejora continua no es una actividad aislada ni una estrategia temporal vinculada a la obtención de un reconocimiento; es una práctica permanente que requiere compromiso, constancia, disciplina y corresponsabilidad. Los resultados sostenibles se alcanzan cuando la calidad deja de ser una exigencia administrativa y se convierte en una convicción compartida por todos los integrantes de la organización.

Porque la calidad no se alcanza únicamente para recibir una distinción: se construye todos los días, con cada proceso, cada decisión y cada acción orientada a preservar la salud y la dignidad de las personas.

REFERENCIAA BIBLIOGRÁFICAS

Borja-Aburto, V. H. (2024). La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México. *Salud Pública de México, 66*(5), 670–676. https://doi.org/10.21149/15755

Croke, K., et al. (2024). Primary health care in practice: Usual source of care and health system performance across 14 countries. *The Lancet Global Health, 12*(1), e134–e144. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00513-2

Flores-Hernández, S., Pérez-Cuevas, R., Dreser-Mansilla, A., Doubova, S. V., Díaz-Portillo, S. P., & Reyes-Morales, H. (2024). Calidad de la atención de los servicios de salud. *Salud Pública de México, 66*(4), 571–580. https://doi.org/10.21149/15825

Haines, A., Kimani-Murage, E. W., & Gopfert, A. (2024). Strengthening primary health care in a changing climate. *The Lancet, 404*(10463), 1620–1622. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02193-7

Hersch, D., Klemenhagen, K., & Adam, P. (2024). Measuring continuity in primary care: How it is done and why it matters. *Family Practice, 41*(1), 60–64. https://doi.org/10.1093/fampra/cmad122

Houghton, N., Báscolo, E., Jarboe, R., & Fitzgerald, J. (2025). Essential public health functions for primary health care resilience in Latin America and the Caribbean: A regional assessment. *The Lancet Regional Health – Americas, 50*, 101237. https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101237

Houghton, N., et al. (2025). Community-driven strategies for primary health care resilience in response to shocks in Latin America and the Caribbean: A scoping review and expert consultation. *The Lancet Regional Health – Americas, 50*, 101236. https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101236

Reyes-Morales, H., García-Peña, M. C., & Lazcano-Ponce, E. (2024). La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública de México, 66*(5), 631–636. https://doi.org/10.21149/15744

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Meneses-Navarro, S., Hone, T., Mohar-Betancourt, A., et al. (2025). Health insurance coverage in Mexico: Progress, inequalities and remaining challenges towards UHC2030. *Health Research Policy and Systems, 23*, 145. https://doi.org/10.1186/s12961-025-01405-w

Wickramaarachchi, T., Scott, N., Villalobos Dintrans, P., Gonzalez-Samano, M., & Villar Uribe, M. (2025). The cost of inaction to strengthen the resilience of primary health care in Latin America and the Caribe. https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101248

CONSIDERACIONES FINALES DEL CAPÍTULO

Fortalecer el primer nivel mexicano requiere pasar de reformas episódicas hacia una política sostenida de Estado basada en atención primaria. Esto supone asegurar financiamiento estable; asignar recursos según necesidades; desarrollar mecanismos transparentes de gobernanza; medir calidad y resultados; construir redes verdaderamente integradas; proteger la continuidad y preparar los servicios frente a crisis futuras. Pero también requiere algo menos visible y profundamente importante: recuperar la confianza.

Las personas necesitan confiar en que encontrarán atención cuando la requieran. Los profesionales necesitan confiar en que dispondrán de recursos para cumplir su trabajo. Las comunidades necesitan confiar en que serán escuchadas. Y el sistema necesita construir capacidades suficientemente estables para que los cambios políticos no impliquen comenzar nuevamente desde cero.

México posee experiencia, infraestructura, profesionales e instituciones sobre los cuales construir esta transformación. Las experiencias latinoamericanas aportan aprendizajes adicionales y muestran que los países de la región enfrentan desafíos semejantes, aunque con respuestas diversas.

El objetivo final no debería ser reproducir un modelo externo, sino construir una atención primaria mexicana capaz de responder a su diversidad territorial, epidemiológica, cultural y social.

- Una APS sólida debe estar preparada para atender la consulta de hoy y anticipar las necesidades de mañana.
- Debe controlar diabetes e hipertensión, pero también prepararse para nuevas epidemias.
- Debe garantizar atención materna, pero también responder a eventos climáticos extremos.
- Debe utilizar tecnología, sin abandonar a quienes tienen menor acceso digital.

- Debe administrar recursos eficientemente, sin olvidar que la eficiencia pierde sentido cuando compromete equidad y calidad.
- Y debe construir sistemas cada vez más sofisticados sin permitir que la persona desaparezca detrás de ellos.

En última instancia, la sostenibilidad de la atención primaria no se medirá únicamente por cuántos establecimientos permanecen abiertos o cuánto presupuesto reciben, sino por su capacidad para cuidar de manera continua, segura, equitativa y cercana a las personas a lo largo del tiempo, incluso cuando el entorno cambia.

Ese es quizá el principal desafío del futuro de la salud en México: construir un primer nivel que no sea solamente la entrada al sistema, sino su base más estable, cercana y confiable.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA OBRA

La atención primaria de salud representa mucho más que el primer punto de contacto entre la población y los servicios sanitarios. A lo largo de esta obra se ha evidenciado que constituye una estrategia capaz de articular prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, participación comunitaria y coordinación entre distintos niveles de atención. Su fortalecimiento puede convertirse en uno de los principales caminos para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos, cercanos y sostenibles.

La realidad de México y de América Latina demuestra, sin embargo, que consolidar una atención primaria fuerte exige superar desafíos históricos relacionados con fragmentación institucional, desigualdades territoriales, limitada capacidad resolutiva y dificultades para garantizar continuidad asistencial. Disponer de unidades de salud o ampliar formalmente la cobertura no resulta suficiente cuando persisten comunidades alejadas, poblaciones que enfrentan barreras económicas o culturales y personas que deben recorrer múltiples instituciones sin encontrar una trayectoria clara de atención.

Uno de los principales aprendizajes desarrollados en este libro es que la equidad debe situarse en el centro de cualquier transformación. Las necesidades sanitarias no se distribuyen de manera uniforme. Las condiciones económicas, educativas, laborales, territoriales y culturales influyen profundamente en la posibilidad de enfermar, prevenir riesgos y acceder oportunamente a los servicios. Por ello, ofrecer exactamente los mismos recursos a todas las poblaciones no siempre conduce a resultados justos. La atención primaria necesita reconocer las diferencias y destinar mayores capacidades allí donde existen mayores necesidades.

Esta mirada adquiere especial relevancia cuando se consideran las comunidades rurales e indígenas, las personas migrantes, los hogares en situación de pobreza, los adultos mayores, las personas con discapacidad y otros grupos que pueden enfrentar múltiples barreras

simultáneamente. La interculturalidad, la perspectiva de género, la alfabetización sanitaria y la participación comunitaria no deben entenderse como componentes adicionales o secundarios, sino como condiciones necesarias para construir servicios que realmente puedan ser utilizados y valorados por las personas.

El cambio epidemiológico constituye otro desafío decisivo. Las enfermedades crónicas no transmisibles, los problemas de salud mental, las adicciones, las necesidades de salud sexual y reproductiva, la atención materno-infantil y las enfermedades transmisibles conviven actualmente dentro de un mismo territorio e incluso dentro de una misma persona. Esta realidad obliga a abandonar modelos fragmentados y respuestas centradas exclusivamente en episodios agudos.

El primer nivel necesita desarrollar capacidad suficiente para prevenir, detectar tempranamente, tratar, acompañar y reconocer cuándo una persona requiere atención especializada. La capacidad resolutiva no significa intentar resolver absolutamente todo dentro de la atención primaria, sino resolver adecuadamente aquello que corresponde a este nivel, derivar oportunamente lo que necesita mayor complejidad y mantener el vínculo con la persona durante todo el proceso.

Para lograrlo, el talento humano se convierte en uno de los pilares fundamentales. No existe atención primaria de calidad sin profesionales suficientes, preparados y adecuadamente distribuidos. Medicina familiar, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, odontología, rehabilitación y trabajadores comunitarios pueden aportar competencias complementarias cuando existe verdadera organización interdisciplinaria.

Trabajar en equipo implica mucho más que compartir un espacio físico. Requiere objetivos comunes, comunicación, responsabilidades claras e información compartida. También exige reconocer que quienes cuidan necesitan ser cuidados. La sobrecarga, el agotamiento profesional, la inestabilidad laboral y la falta de recursos pueden afectar

tanto el bienestar de los trabajadores como la calidad de la atención. Fortalecer la atención primaria significa, por tanto, fortalecer también las condiciones en las que trabajan quienes diariamente sostienen el sistema.

La transformación digital abre nuevas posibilidades para este proceso. Expedientes electrónicos, telemedicina, monitoreo remoto, sistemas de información e inteligencia artificial pueden ampliar el acceso, favorecer el seguimiento y mejorar la capacidad de tomar decisiones. En territorios alejados, una consulta remota puede evitar horas de desplazamiento; un expediente interoperable puede impedir que una persona repita innecesariamente su historia clínica; y una herramienta de análisis puede ayudar a identificar pacientes con mayor riesgo antes de que aparezcan complicaciones.

Pero la innovación tecnológica debe conservar una orientación profundamente humana. Digitalizar no significa necesariamente mejorar, y automatizar no equivale a cuidar. La tecnología adquiere valor cuando facilita el trabajo de los profesionales, mejora la experiencia del paciente y reduce desigualdades. Si, por el contrario, aumenta la carga administrativa, excluye a quienes tienen menor conectividad o comienza a sustituir el juicio profesional sin suficiente supervisión, puede generar nuevas formas de fragmentación e inequidad.

De ahí la importancia de construir una transformación digital basada en interoperabilidad, protección de datos, transparencia, validación y equidad. La tecnología debe ampliar las posibilidades de atención, no cerrar las puertas tradicionales a quienes tienen dificultades para utilizarla. La inteligencia artificial puede apoyar el análisis y la toma de decisiones, pero la comprensión del contexto, la empatía y la responsabilidad clínica continúan siendo esencialmente humanas.

La sostenibilidad constituye, finalmente, el elemento que permite integrar todas estas transformaciones. Una atención primaria fortalecida necesita gobernanza, financiamiento estable, asignación territorial de

recursos, evaluación de la calidad, redes integradas y capacidad de adaptación frente a nuevas amenazas. Las políticas sanitarias no deberían depender exclusivamente de ciclos administrativos o intervenciones temporales. Construir capacidades institucionales de largo plazo es indispensable para evitar que cada proceso de cambio signifique comenzar nuevamente desde cero.

La experiencia reciente también ha demostrado que los sistemas deben estar preparados para enfrentar crisis sin abandonar sus funciones habituales. Pandemias, fenómenos climáticos extremos, cambios epidemiológicos y emergencias sociales pueden alterar rápidamente las necesidades sanitarias. La resiliencia de la atención primaria se construye antes de la emergencia, mediante equipos estables, información confiable, infraestructura adecuada, participación comunitaria y planes que permitan mantener los servicios esenciales.

A lo largo de todos estos desafíos aparece un principio común: la persona debe permanecer en el centro del sistema. La atención primaria pierde sentido cuando la organización sanitaria obliga al paciente a adaptarse continuamente a estructuras fragmentadas, trámites complejos o rutas desconocidas. El sistema debería ser quien se adapte, en la medida de lo posible, a las necesidades de las personas, sus familias y sus comunidades.

Humanizar la atención primaria significa reconocer que detrás de cada indicador existe una experiencia concreta. Una demora puede significar una enfermedad que avanza; la ausencia de un medicamento puede convertirse en una complicación; una explicación incomprensible puede generar miedo; una referencia sin seguimiento puede convertirse en abandono; y una consulta cercana, respetuosa y resolutiva puede cambiar profundamente la relación de una persona con el sistema de salud.

México y América Latina poseen experiencias, profesionales, instituciones y conocimientos suficientes para avanzar hacia modelos de

atención primaria más sólidos. No existe una única fórmula que pueda reproducirse exactamente en todos los territorios. Cada país y cada comunidad deberá construir respuestas acordes con su realidad, pero los principios fundamentales permanecen: equidad, accesibilidad, continuidad, participación, calidad, capacidad resolutiva y respeto por la dignidad humana.

El futuro de la atención primaria dependerá, en gran medida, de la capacidad para transformar estos principios en experiencias cotidianas. Una APS fortalecida debe ser capaz de conocer a su población, anticipar riesgos, acompañar durante el curso de vida, integrar servicios, utilizar responsablemente la tecnología, proteger a sus trabajadores y adaptarse frente a escenarios cambiantes.

El verdadero avance no se medirá únicamente por el número de establecimientos construidos, consultas realizadas o plataformas digitales implementadas. Se reflejará cuando una persona pueda acudir a su servicio de salud con la confianza de que será escuchada, atendida oportunamente y acompañada durante su proceso; cuando una comunidad distante deje de representar una población invisible; cuando los profesionales dispongan de condiciones adecuadas para cuidar; y cuando las diferencias económicas, sociales, culturales o territoriales dejen de determinar la calidad de la atención recibida.

Fortalecer la atención primaria significa, en última instancia, construir sistemas de salud más cercanos a la vida de las personas. Ese debería ser el horizonte: una atención que prevenga antes de que sea demasiado tarde, que acompañe antes de abandonar, que coordine antes de fragmentar y que utilice todos los recursos disponibles sin perder aquello que ninguna tecnología puede reemplazar: la capacidad humana de escuchar, comprender y cuidar.

RECOMENDACIONES

A partir del análisis desarrollado a lo largo de esta obra, resulta evidente que el fortalecimiento de la atención primaria de salud en México y América Latina requiere decisiones sostenidas, articuladas y sensibles a las particularidades de cada territorio. Las siguientes recomendaciones se plantean desde una perspectiva investigativa y aplicada, con el propósito de contribuir a futuras políticas, programas y líneas de estudio orientadas a consolidar un primer nivel de atención más equitativo, resolutivo y humano.

En primer lugar, se recomienda avanzar hacia una planificación de la atención primaria basada en necesidades territoriales reales y no únicamente en criterios generales de población o cobertura. La diversidad geográfica, social y cultural de México exige reconocer que las necesidades de una comunidad rural, una población indígena, un asentamiento urbano periférico o una zona fronteriza pueden ser profundamente diferentes. La asignación de recursos, personal e infraestructura debería considerar estas particularidades y apoyarse en información epidemiológica, social y territorial actualizada.

También resulta necesario fortalecer la producción de evidencia a nivel local. Muchas decisiones sanitarias continúan sustentándose en indicadores nacionales que pueden ocultar desigualdades importantes entre estados, municipios y comunidades. Se recomienda impulsar investigaciones subnacionales que permitan identificar brechas de acceso, calidad, continuidad, disponibilidad de profesionales y resultados sanitarios. Conocer con mayor precisión dónde se encuentran los mayores problemas permitirá intervenir con mayor oportunidad y eficiencia.

Otra prioridad consiste en profundizar la evaluación de la capacidad resolutiva del primer nivel. No basta con medir el número de consultas realizadas o la cantidad de establecimientos disponibles. Se requieren indicadores capaces de mostrar qué proporción de problemas

frecuentes puede resolverse adecuadamente en atención primaria, qué condiciones generan referencias evitables, cuánto tiempo transcurre hasta obtener atención especializada y qué ocurre con el paciente después de ser referido. Esta información permitiría valorar de manera más realista el funcionamiento de las redes asistenciales.

Se recomienda, además, fortalecer la investigación sobre continuidad del cuidado. La experiencia de una persona dentro del sistema sanitario no debería analizarse únicamente como una sucesión de consultas independientes. Resulta necesario estudiar trayectorias completas: desde el primer contacto hasta la referencia, atención especializada, hospitalización, alta y retorno al primer nivel. Comprender dónde se producen las interrupciones permitiría diseñar mecanismos de referencia y contrarreferencia más efectivos y reducir la fragmentación asistencial.

En materia de equidad, las futuras investigaciones deberían incorporar sistemáticamente variables relacionadas con territorio, nivel socioeconómico, ruralidad, pertenencia indígena, género, edad, discapacidad y condición migratoria cuando estas resulten pertinentes. Analizar únicamente promedios generales puede generar la impresión de avances homogéneos cuando determinados grupos continúan enfrentando barreras significativas. La equidad debe convertirse en una dimensión transversal de la evaluación sanitaria.

Asimismo, es recomendable ampliar los estudios sobre atención intercultural y calidad relacional de los servicios. La experiencia de sentirse escuchado, comprendido y respetado puede influir de manera decisiva en la confianza y en la continuidad de la atención. En contextos indígenas y culturalmente diversos, se necesitan investigaciones que exploren no solo disponibilidad de servicios, sino también comunicación, pertinencia cultural, discriminación percibida y participación de actores comunitarios.

La participación social merece igualmente mayor atención. Se recomienda estudiar mecanismos mediante los cuales las comunidades puedan intervenir de forma efectiva en la identificación de problemas, planificación de intervenciones y evaluación de los servicios. La participación no debería limitarse a campañas informativas o actividades ocasionales. Incorporar el conocimiento de las comunidades puede mejorar la pertinencia de las políticas y fortalecer la confianza entre población e instituciones.

En relación con las nuevas prioridades epidemiológicas, resulta indispensable continuar desarrollando modelos integrados de atención para enfermedades crónicas, salud mental, salud materno-infantil y enfermedades transmisibles. La realidad clínica demuestra que las personas pueden presentar múltiples necesidades simultáneamente. Por ello, los estudios futuros deberían evaluar intervenciones que reduzcan la fragmentación entre programas y que permitan atender a la persona de manera integral a lo largo del curso de vida.

La salud mental requiere una consideración especial. Se recomienda fortalecer investigaciones sobre modelos colaborativos que permitan integrar detección, intervención inicial y seguimiento de problemas frecuentes dentro del primer nivel. También resulta prioritario evaluar estrategias de capacitación para profesionales no especialistas y mecanismos de apoyo remoto o interconsulta que acerquen la atención especializada a territorios con menor disponibilidad de recursos.

En cuanto al talento humano, las políticas de formación deberían orientarse hacia las competencias realmente necesarias para trabajar en atención primaria. Se recomienda fortalecer contenidos relacionados con prevención, enfermedades crónicas, salud mental, interculturalidad, comunicación, trabajo comunitario, gestión de casos y uso responsable de tecnologías digitales. Al mismo tiempo, la investigación debería analizar con mayor profundidad qué factores favorecen la permanencia de profesionales en zonas rurales, indígenas y de difícil cobertura.

La distribución de los trabajadores sanitarios debe estudiarse no solo desde el número de profesionales disponibles, sino desde su estabilidad y permanencia. Incentivos económicos, vivienda, seguridad, conectividad, posibilidades de formación, acompañamiento profesional y oportunidades de desarrollo pueden influir en la decisión de permanecer en determinados territorios. Diseñar políticas de retención requiere comprender estas motivaciones desde la experiencia de quienes trabajan en el primer nivel.

También se recomienda incorporar de manera sistemática el bienestar del personal sanitario dentro de las evaluaciones de calidad. La sobrecarga laboral, el burnout y la rotación no deberían considerarse únicamente problemas individuales. Son indicadores del funcionamiento organizacional y pueden afectar continuidad, seguridad y experiencia del paciente. Cuidar las condiciones laborales de los equipos debe formar parte de cualquier estrategia de fortalecimiento de la APS.

En el ámbito de la transformación digital, se recomienda evitar la implementación de tecnologías aisladas y avanzar hacia ecosistemas interoperables. Expedientes clínicos electrónicos, telemedicina, monitoreo remoto, sistemas de apoyo clínico e inteligencia artificial deberían comunicarse entre sí y responder a necesidades concretas del flujo asistencial. La evaluación debe considerar no solo desempeño técnico, sino también usabilidad, seguridad, impacto sobre la carga laboral y experiencia de pacientes y profesionales.

La inteligencia artificial representa una línea de investigación especialmente importante. Se recomienda realizar validaciones locales antes de incorporar herramientas desarrolladas en otras poblaciones y evaluar posibles sesgos según territorio, edad, sexo, nivel socioeconómico y otros factores relevantes. La precisión promedio de un algoritmo puede ocultar diferencias importantes en determinados grupos. La supervisión profesional debe mantenerse como un principio esencial.

Del mismo modo, la brecha digital debe formar parte de cualquier evaluación tecnológica. Una innovación que funciona adecuadamente para poblaciones con conectividad estable puede resultar poco útil o incluso excluyente para adultos mayores, comunidades rurales o personas con limitadas competencias digitales. Por ello, se recomienda mantener alternativas presenciales y estudiar modelos híbridos que permitan utilizar la tecnología sin convertirla en una nueva barrera.

Desde el punto de vista de la gestión sanitaria, resulta fundamental fortalecer la evaluación de calidad mediante indicadores clínicamente relevantes y vinculados con resultados. Se recomienda combinar medidas de acceso, seguridad, capacidad resolutiva, continuidad, experiencia del usuario, equidad y resultados sanitarios. Medir únicamente número de consultas o gasto ejecutado ofrece una visión demasiado limitada del desempeño.

Asimismo, se recomienda consolidar mecanismos de aprendizaje institucional. La identificación de errores, demoras o resultados insuficientes debería utilizarse para revisar procesos y no únicamente para asignar responsabilidades individuales. Una cultura de mejora continua necesita sistemas capaces de aprender de incidentes, compartir buenas prácticas y adaptar rápidamente las intervenciones cuando la evidencia muestra resultados insuficientes.

La sostenibilidad financiera constituye otra prioridad. Se recomienda desarrollar evaluaciones económicas que comparen no solo el costo de fortalecer la atención primaria, sino también el costo de no hacerlo. Hospitalizaciones evitables, complicaciones de enfermedades crónicas, diagnósticos tardíos y pérdida de continuidad pueden generar gastos significativamente mayores que las intervenciones preventivas. Mostrar estos efectos puede contribuir a posicionar la inversión en APS como una decisión estratégica y no como un gasto residual.

Finalmente, se recomienda integrar la resiliencia frente a emergencias y cambio climático dentro de la planificación cotidiana del

primer nivel. La preparación no debería activarse únicamente cuando aparece una crisis. Se necesitan investigaciones que evalúen la capacidad de los servicios para mantener vacunación, control prenatal, atención de enfermedades crónicas, salud mental y provisión de medicamentos durante perturbaciones epidemiológicas, climáticas o sociales.

De manera transversal, futuras investigaciones deberían combinar datos cuantitativos con aproximaciones cualitativas. Los indicadores permiten conocer cuántas personas acceden, cuánto esperan o qué resultados alcanzan; las experiencias de pacientes, familias, comunidades y profesionales permiten comprender por qué determinados problemas persisten. Ambas perspectivas son necesarias para construir respuestas verdaderamente útiles.

En última instancia, se recomienda que toda política, investigación o innovación relacionada con la atención primaria conserve una pregunta central: ¿esta intervención facilita que las personas reciban una atención más oportuna, continua, equitativa, segura y humana?

Mantener esta pregunta como criterio de evaluación ayudaría a evitar que las reformas se concentren exclusivamente en estructuras administrativas, tecnologías o indicadores y permitiría recordar el propósito fundamental de cualquier sistema sanitario: cuidar mejor a las personas, sus familias y sus comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Ruiz, O., et al. (2024). Low quality of maternal and child nutritional care at the primary care in Mexico: An urgent call to action for policymakers and stakeholders. *International Journal for Equity in Health, 23*, 35. DOI: 10.1186/s12939-024-02129-z.

Agarwal, S., et al. (2025). Digital tracking, provider decision support systems, and targeted client communication via mobile devices to improve primary health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD012925. DOI: 10.1002/14651858.CD012925.pub2.

Antonio-Villa, N. E., et al. (2024). Diabetes subgroups and sociodemographic inequalities in Mexico: A cross-sectional analysis of nationally representative surveys from 2016 to 2022. *The Lancet Regional Health – Americas, 33*, 100732. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100732.

Bojórquez, I., Cerecero-García, D., Orraca-Romano, P. P., Fernández-Niño, J., Rojas-Botero, M., & Infante, C. (2024). Atención en salud a migrantes en tránsito: Estimación del costo para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México, 66*(6), 816–823. DOI: 10.21149/15736.

Bojorquez, I., et al. (2024). The response of health systems to the needs of migrants and refugees in the COVID-19 pandemic: A comparative case study between Mexico, Colombia and Peru. *The Lancet Regional Health – Americas, 40*, 100763. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100763.

Borja-Aburto, V. H. (2024). La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México. *Salud Pública de México, 66*(5), 670–676. DOI: 10.21149/15755.

Campos-Nonato, I., et al. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: Resultados de la

Ensanut 2022. *Salud Pública de México, 65*, S169–S180. DOI: 10.21149/14779.

Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. E. (2022). Prevalence of burnout syndrome and associated variables in Mexican medical specialists. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 51*(1), 41–50. DOI: 10.1016/j.rcpeng.2020.06.002.

Croke, K., et al. (2024). Primary health care in practice: Usual source of care and health system performance across 14 countries. *The Lancet Global Health, 12*(1), e134–e144. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00513-2.

Cubillos, L., et al. (2021). The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: Systematic review. *BJPsych Bulletin, 45*(1), 40–52. DOI: 10.1192/bjb.2020.35.

Fitzgerald, J., Báscolo, E., Rosell de Almeida, G., Houghton, N., Jarboe, R., & Issa, J. (2024). Addressing migrant-specific barriers to accessing health services through primary health care in host countries in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Regional Health – Americas, 40*, 100957. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100957.

Flores-Hernández, S., Pérez-Cuevas, R., Dreser-Mansilla, A., Doubova, S. V., Díaz-Portillo, S. P., & Reyes-Morales, H. (2024). Calidad de la atención de los servicios de salud. *Salud Pública de México, 66*(4), 571–580. DOI: 10.21149/15825.

Gutiérrez, J. P., Castañeda, A., Agudelo-Botero, M., Martínez-Valle, A., Knight, M., & Lozano, R. (2024). Performance evaluation of Mexico's health system at the national and subnational level, 1990–2019: An analysis of the Health Access and Quality Index. *Public Health, 236*, 7–14. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.07.009.

Haines, A., Kimani-Murage, E. W., & Gopfert, A. (2024). Strengthening primary health care in a changing climate. *The Lancet, 404*(10463), 1620–1622. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)02193-7.

Hartinger, S. M., et al. (2025). The 2025 Lancet Countdown Latin America report: Moving from promises to equitable climate action for a prosperous future. *The Lancet Regional Health – Americas, 52*, 101276. DOI: 10.1016/j.lana.2025.101276.

Herrera, C. A., Báscolo, E., Villar-Uribe, M., Houghton, N., Massuda, A., & Bennett, S. (2023). The World Bank–PAHO Lancet Regional Health Americas Commission on primary health care and resilience in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Regional Health – Americas, 28*, 100643. DOI: 10.1016/j.lana.2023.100643.

Hersch, D., Klemenhagen, K., & Adam, P. (2024). Measuring continuity in primary care: How it is done and why it matters. *Family Practice, 41*(1), 60–64. DOI: 10.1093/fampra/cmad122.

Houghton, N., Báscolo, E., Jarboe, R., & Fitzgerald, J. (2025). Essential public health functions for primary health care resilience in Latin America and the Caribbean: A regional assessment. *The Lancet Regional Health – Americas, 50*, 101237. DOI: 10.1016/j.lana.2025.101237.

Houghton, N., et al. (2025). Community-driven strategies for primary health care resilience in response to shocks in Latin America and the Caribbean: A scoping review and expert consultation. *The Lancet Regional Health – Americas, 50*, 101236. DOI: 10.1016/j.lana.2025.101236.

Juárez Herrera y Cairo, L. A., Carrasco-Portiño, M., Cuba-Fuentes, M. S., Posenato García, L., Bermúdez-Tamayo, C., & Pérez-Muto, V. (2024). Reformas de atención primaria en América Latina: Avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. *Gaceta Sanitaria, 38*, 102430. DOI: 10.1016/j.gaceta.2024.102430.

Juárez-Ramírez, C. (2024). Challenges for implementing culturally competent obstetric services in an Indigenous context in Mexico. *Ciência & Saúde Coletiva, 29*(12), e07332024. DOI: 10.1590/1413-812320242912.07332024.

Khatri, R. B., et al. (2024). Enablers and barriers of community health programs for improved equity and universal coverage of primary health care services: A scoping review. *BMC Primary Care, 25*, 385. DOI: 10.1186/s12875-024-02629-5.

Miró Catalina, Q., et al. (2023). Knowledge and perception of primary care healthcare professionals on the use of artificial intelligence as a healthcare tool. *Digital Health, 9*. DOI: 10.1177/20552076231180511.

Moncayo, A. L., et al. (2024). Can primary health care mitigate the effects of economic crises on child health in Latin America? An integrated multicountry evaluation and forecasting analysis. *The Lancet Global Health, 12*(6), e938–e946. DOI: 10.1016/S2214-109X(24)00094-9.

Morgenstern-Kaplan, D., Rocha-Haro, A., Canales-Albarrán, S. J., Núñez-García, E., & León-Mayorga, Y. (2022). An app-based telemedicine program for primary care and specialist video consultations during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Telemedicine and e-Health, 28*(1), 60–65. DOI: 10.1089/tmj.2021.0055.

Olaya Zuñiga, R., Parra-García, I., & Gómez-Barrera, L. A. (2024). Overview of the participation of community health workers in primary health care in 6 Latin American countries and a proposal for their integration into the health system: A qualitative study. *Family Practice, 41*(2), 139–146. DOI: 10.1093/fampra/cmae002.

Paniagua-Avila, A., et al. (2025). Integrated programs for common mental illnesses within primary care and community settings in Latin America: A scoping review of components and implementation

strategies. *The Lancet Regional Health – Americas, 41*, 100931. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100931.

Ramonfaur, D., & Gómez-Dantés, O. (2025). Mexico's physician shortage: Struggling to bridge the gap. *The Lancet Regional Health – Americas, 41*, 100966. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100966.

Reyes-Morales, H., García-Peña, M. C., & Lazcano-Ponce, E. (2024). La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública de México, 66*(5), 631–636. DOI: 10.21149/15744.

Reynolds, C. W., et al. (2024). Determinants for the humanitarian workforce in migrant health at the US-Mexico border: Optimizing learning from health professionals in Matamoros and Reynosa, Mexico. *Frontiers in Public Health, 12*, 1447054. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1447054.

Saif-Ur-Rahman, K. M., et al. (2023). Artificial intelligence and digital health in improving primary health care service delivery in LMICs: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine, 16*(3), 303–320. DOI: 10.1111/jebm.12547.

Sapag, J. C., et al. (2024). Developing and testing an evaluation framework for collaborative mental health services in primary care systems in Latin America. *Community Mental Health Journal, 60*(3), 426–437. DOI: 10.1007/s10597-023-01186-y.

Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Meneses-Navarro, S., Hone, T., Mohar-Betancourt, A., et al. (2025). Health insurance coverage in Mexico: Progress, inequalities and remaining challenges towards UHC2030. *Health Research Policy and Systems, 23*, 145. DOI: 10.1186/s12961-025-01405-w.

Silva-Tinoco, R., et al. (2023). Impact of a multicomponent integrated care delivery program on diabetes care goals achievement: A primary care quality improvement initiative. *Primary Care Diabetes, 17*(6), 568–574. DOI: 10.1016/j.pcd.2023.07.004.

Vidal-Alaball, J., Panadés Zafra, R., Escalé-Besa, A., & Martinez-Millana, A. (2024). The artificial intelligence revolution in primary care: Challenges, dilemmas and opportunities. *Atención Primaria, 56*(2), 102820. DOI: 10.1016/j.aprim.2023.102820.

Wickramaarachchi, T., Scott, N., Villalobos Dintrans, P., Gonzalez-Samano, M., & Villar Uribe, M. (2025). The cost of inaction to strengthen the resilience of primary health care in Latin America and the Caribbean: A modelling study. *The Lancet Regional Health – Americas, 50*, 101248. DOI: 10.1016/j.lana.2025.101248.

Semblanza de los autores



Dr. MOISÉS SALDÍVAR AGUILAR



Afiliación institucional: Secretaría de Salud de Tamaulipas
Correo electrónico: moises.saldivaraguilar@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-9955-3607

Médico Cirujano y Partero egresado de la Universidad Valle del Bravo, Maestro en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Tamaulipas y con Diplomado en Gerencia y Administración de Servicios de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública. Originario de Ángel Rosario Cabada, Veracruz, cuenta con más de 37 años de experiencia profesional en el ámbito médico, la salud pública, la administración sanitaria y la educación superior.

Inició su trayectoria en la Secretaría de Salud en 1989, desempeñando diversos cargos de responsabilidad institucional. Fue Coordinador del Programa Estatal de Promoción de la Salud en Veracruz, Coordinador de Servicios de Salud y jefe de la Jurisdicción Sanitaria Número 1 de Ciudad Victoria, Tamaulipas, cargo que ocupó de 2005 a 2016. Su desempeño ha sido distinguido con menciones honoríficas y reconocimientos por su productividad y calidad profesional.

En el ámbito académico, es docente de Salud Pública en la Licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad La Salle Victoria (2012-2026), Coordinador de Internado de Pregrado y Servicio Social (2017-2018) y director del Campus de la Salud desde el año 2019.

Su trayectoria profesional se distingue por la integración de la práctica médica, la gestión institucional y la formación universitaria, contribuyendo al fortalecimiento de los servicios de salud y a la preparación de nuevas generaciones de médicos.

Estudios realizados

- **Maestría en Salud Pública** Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- **Diplomado en Gerencia y Administración de Servicios de Salud** Instituto Nacional de Salud Pública
- **Licenciatura en Médico Cirujano y Partero** Universidad Valle del Bravo. Cédula profesional: 1648212.

Experiencia laboral y trayectoria profesional

- **1989.** Médico de la Secretaría de Salud con adscripción a Unidad Médica. Fecha de ingreso: 1 de agosto de 1989.
- **2001-2002.** Coordinador del Programa Estatal, adscrito en Promoción de la Salud, Secretaría de Salud de Veracruz, México.
- **2002-2005.** Coordinador de Servicios de Salud en la Jurisdicción Sanitaria N.º 1, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.
- **2005-2016.** Jefe de la Jurisdicción Sanitaria N.º 1, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, del 4 de octubre de 2005 a diciembre de 2016.
- **2017-2018.** Coordinador de Internado de Pregrado y Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad La Salle Victoria.
- **2019-2026.** Director del Campus de la Salud de la Universidad La Salle Victoria.

Reconocimientos y distinciones

- **1992.** Mención Honorífica por Funciones, Productividad y Calidad. Secretaría de Salud.
- **1993.** Mención Honorífica por Funciones, Productividad y Calidad. Secretaría de Salud.
- **1997.** Mención Honorífica por Funciones, Productividad y Calidad. Secretaría de Salud.
- **1998.** Reconocimiento por Funciones, Productividad y Calidad. Secretaría de Salud.
- **1999.** Reconocimiento por Funciones, Productividad y Calidad. Secretaría de Salud.

Dr. GUILLERMO SALDIERNA MARTÍNEZ



Afiliación institucional: Secretaría de salud de Tamaulipas
Correo electrónico: drsaldi@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-0179-2185

- **Maestría en salud pública**
  Universidad Autónoma de Tamaulipas.
  Cedula Profesional 15818081
- **Especialidad en Prevención de la violencia en el entorno comunitario**
  El Colegio de Tamaulipas
- **Especialidad en Gestión de los servicios hospitalarios**
  Universidad Chapultepec
  Cedula Profesional 15617956
- **Médico Cirujano Partero**
  Universidad del Valle de Bravo
  Cedula Profesional 4116283

Experiencia laboral y trayectoria profesional

- **1999 - 2000.** Hospital Civil de Cd. Victoria.
- **2000 – 2001.** Médico Titular de la UMR # 80 del Programa IMSS-Solidaridad.
- **2001.** Ejercicio Privado en la Clínica Pasteur.
- **2002.** Director de la Unidad Medico Familiar de ISSSTE en Santander Jiménez, Tamaulipas.

- **2003.** Coordinador de Programa Brigadas de Salud Comunitaria En la Subdelegación Médica del ISSSTE en Cd. Victoria.
- **2004 – 2012.** Director del Centro de Salud B en Jiménez, Tamaulipas.
- **2012 -2013.** Coordinador de los Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria N°. 11 en Padilla, Tamaulipas.
- **2013 – 2014.** Coordinador Auxiliar del Departamento de Vectores en la Jurisdicción Sanitaria N° 1 en Cd. Victoria, Tamaulipas.
- **2014 - 2017.** Coordinador del Departamento de Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria N° 1 en Cd. Victoria, Tamaulipas.
- **2018 a la fecha.** Médico de consulta de Primer Nivel de Atención en Cuarto turno en el Centro de Salud Urbano # 10 en Cd. Victoria, Tamaulipas. Febrero del 2018 a la fecha.

Dra. IRIS ELIZAMA REQUENA LARA



Afiliación institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social
Correo electrónico: iriselizama@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-6510-127X

Iris Elizama Requena Lara es Médico Cirujano por la Universidad del Noreste Tampico Tamaulipas, especialista en Medicina Familiar, Maestra en Gestión de los Servicios de Salud y Doctorado en Administración de la Salud. Con destacada trayectoria en el ámbito institucional y directivo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), comprometida con el fortalecimiento de los servicios de salud, la mejora continua de los procesos y la atención integral, oportuna y de calidad para la población derechohabiente.

En su desempeño como Directora de la Unidad de Medicina Familiar por 13 años, ha demostrado liderazgo estratégico, capacidad de gestión, visión organizacional y compromiso con el desarrollo del capital humano, promoviendo una cultura de trabajo colaborativo, innovación, eficiencia operativa y humanización de los servicios médicos.

Su gestión se distingue por el impulso de estrategias orientadas a la calidad, la seguridad del paciente, la optimización de los recursos institucionales y el cumplimiento de los objetivos organizacionales, fomentando la participación del personal y la consolidación de equipos de trabajo comprometidos con la excelencia en el servicio.

Como resultado de su compromiso con la mejora continua y la calidad institucional, fue ganadora la Unidad Médica, del Premio IMSS a la

Competitividad en el año 2019, distinción que representa un logro significativo y refleja el trabajo coordinado, la responsabilidad compartida y la orientación a resultados del equipo bajo su liderazgo. Los siguientes cargos fueron Supervisora de Unidades de Primer Nivel y concluyó su etapa laboral siendo Coordinadora Auxiliar de Primer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tamaulipas 2026. Participó dentro de la enseñanza compartiendo conocimiento a los directivos del IMSS en un Diplomado Gerencial.

Su liderazgo representa una contribución al desarrollo institucional, capacitación continua y a la consolidación de una cultura de calidad, competitividad y excelencia en los servicios de salud.

Estudios realizados

- **Doctorado en Administración de la Salud**
  Universidad Chapultepec (2026)
- **Maestría en Gestión de los Servicios de Salud**
  Universidad Autónoma del Noreste (2021)
- **Especialidad en Medicina Familiar**
  Universidad Autónoma de Tamaulipas (2006)
- **Licenciatura de Médico Cirujano**
  Universidad del Noreste (1999)

Experiencia laboral y trayectoria profesional

- **Directora de la Unidad de Medicina Familiar** En su desempeño como Directora de la Unidad de Medicina Familiar por 13 años, ha demostrado liderazgo estratégico, capacidad de gestión, visión organizacional y compromiso con el desarrollo del capital humano, promoviendo una cultura de trabajo colaborativo, innovación, eficiencia operativa y humanización de los servicios médicos.
- **Supervisora de Unidades de Primer Nivel**
- **Coordinadora Auxiliar de Primer Nivel** Instituto Mexicano del Seguro Social en Tamaulipas 2026.
- **Participación en la enseñanza** Participó dentro de la enseñanza compartiendo conocimiento a los directivos del IMSS en un Diplomado Gerencial.

Reconocimientos y distinciones

- **Premio IMSS a la Competitividad en el año 2019**

Como resultado de su compromiso con la mejora continua y la calidad institucional, fue ganadora la Unidad Médica, del Premio IMSS a la Competitividad en el año 2019, distinción que representa un logro significativo y refleja el trabajo coordinado, la responsabilidad compartida y la orientación a resultados del equipo bajo su liderazgo.

Dr. LUIS ALBERTO LIMÓN MONTELONGO



Afiliación institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social
Correo electrónico: drlimon2106@outlook.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-8409-0324

Luis Alberto Limón Montelongo es Doctor en Administración de la Salud, Maestro en Administración y Gerencia de Instituciones de Salud, especialista en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial, Cirujano Dentista y Contador Público. Su formación multidisciplinaria integra las ciencias de la salud, la administración, la gestión institucional y la práctica odontológica especializada, áreas que han definido una trayectoria orientada al servicio, la prevención, el liderazgo y la calidad en la atención a la salud.

Cuenta con una trayectoria institucional de más de catorce años en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al que ingresó en 2012. Su experiencia comprende funciones en Recursos Humanos y Dirección Médica, así como actividades administrativas y asistenciales en unidades de primer y segundo nivel de atención médica. Desde 2022 se desempeña como Estomatólogo en Nuevo Laredo, Tamaulipas, integrando el conocimiento de los procesos institucionales con la práctica clínica y la atención directa a los derechohabientes.

Paralelamente, ha desarrollado una trayectoria de liderazgo en la odontología organizada y en programas de promoción y prevención de la salud bucal. En la Fundación de la Asociación Dental Mexicana se desempeña como Coordinador Estatal en Tamaulipas del Programa Escolar de Cepillado Diario en preescolares, primarias y secundarias de la Secretaría de Educación Pública, y es Coordinador del Programa de Salud Bucal del Preescolar del Colegio de Odontólogos de Matamoros A.C.

En el ámbito estatal participa como Secretario del Comité de Elecciones del Colegio Dental Tamaulipeco A.C.; y en el ámbito local forma parte de la Mesa Directiva del Colegio de Odontólogos de Matamoros A.C., filial de la Asociación Dental Mexicana, donde integró la Comisión de Honor y Justicia durante 2023–2024 y actualmente es Presidente Electo para el bienio 2027–2028. Su desarrollo profesional se complementa con su pertenencia a diversas organizaciones odontológicas y de ortodoncia de alcance nacional e internacional.

Su trayectoria institucional comprende también una participación continua, desde 2012, en el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), donde ha asumido responsabilidades de coordinación, representación y liderazgo en Matamoros y Nuevo Laredo. Ha participado como Coordinador y Enlace de la Red Juventud Sindical y, dentro del Plan Vacacional de la Secretaría de Igualdad Sustantiva del SNTSS, fue Coordinador Auxiliar Zona Laredo en 2025 y Coordinador General Zona Laredo en 2026.

A lo largo de su trayectoria ha integrado la práctica clínica, la administración sanitaria, la prevención y el liderazgo institucional, experiencias que le han permitido comprender los servicios de salud desde diferentes niveles de atención y ámbitos de responsabilidad. Esta convergencia ha orientado su interés hacia la calidad de la atención, la gestión de los servicios de salud, la mejora continua, el liderazgo y la seguridad del paciente, bajo una visión en la que la calidad trasciende el cumplimiento de indicadores para convertirse en una cultura institucional capaz de generar mejores procesos, mejores decisiones y mejores resultados para las personas y las organizaciones de salud.

Estudios realizados

Doctorado en Administración de la Salud
Universidad Chapultepec
Cedula Profesional 15824006

Maestría en Administración y Gerencia de Instituciones de Salud
Instituto de Enseñanza Superior y de Investigación en Salud, IESIS
Cedula Profesional 14029118

Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial
Centro de Especialidades y Estudios Superiores Odontológicos de Veracruz
Cedula Profesional 13935020

Diplomado Microimplantes como Anclaje en Ortodoncia
Centro de Especialidades y Estudios Superiores Odontológicos de Veracruz

Diplomado Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia Funcional
Centro de Especialidades y Estudios Superiores Odontológicos de Veracruz

Licenciatura como Cirujano Dentista
Universidad de Matamoros
Cedula Profesional 12403614

Licenciatura como Contador Público
Universidad del Atlántico
Cedula Profesional 11611643

Experiencia laboral y trayectoria profesional

Nacional

- **2026.** Fundación Asociación Dental Mexicana. Coordinador Estatal del Programa Escolar de Cepillado Diario Preescolar, Primarias, Secundarias.

Estatal

- **2026 - 2027.** Colegio Dental Tamaulipeco. Secretario Comité de Elecciones.

Local

- **2027 – 2028.** Presidente Electo del Colegio de Odontólogos de Matamoros, Asociación Civil, Filial Asolación Dental Mexicana.
- **2023- Actual.** Miembro de la Mesa Directiva del Colegio de Odontólogos de Matamoros, Asociación Civil, Filial Asolación Dental Mexicana.
- **2023 - 2024.** Comisión de Honor y Justicia - Colegio de Odontólogos de Matamoros, Asociación Civil, Filial Asolación Dental Mexicana.
- **2024 - Actual.** Coordinador del Programa de Salud Bucal del Preescolar - Colegio de Odontólogos de Matamoros, Asociación Civil, Filial Asolación Dental Mexicana.

Instituto Mexicano del Seguro Social

- **2022 – Actual.** IMSS - Estomatólogo. Nuevo Laredo, Tamaulipas, México.
- **2018 - 2022.** IMSS - Auxiliar Administrativo Dirección Médica.
- **2012 – 2022.** IMSS – Recursos Humanos.

Participación sindical

- **2012 – 2022.** Coordinador de la Red Juventud Sindical del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social del Hospital General de Zona N°13 H. Matamoros, Tamaulipas, México.
- **2022 - 2025.** Enlace de la Red Juventud Sindical del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social de UMF/UMAA 76. Nuevo Laredo, Tamaulipas, México.
- **2026 - Actual.** Coordinador de la Red Juventud Sindical del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social de Unidad de Medicina Familiar N°78 Nuevo Laredo, Tamaulipas, México.
- **2025.** Coordinador Auxiliar Zona Laredo del Plan Vacacional de la Secretaria de Igualdad Sustantiva del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social Nuevo Laredo, Tamaulipas, México.
- **2026.** Coordinador General Zona Laredo del Plan Vacacional de la Secretaria de Igualdad Sustantiva del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social Nuevo Laredo, Tamaulipas, México.

Membresías y asociaciones profesionales

Miembro y socio activo — 2023 – Actual

- Colegio de Odontólogos de Matamoros, A. C.
- Colegio Dental Tamaulipeco, A. C.
- Asociación Dental Mexicana
- Federación de Colegios de Cirujanos Dentistas, A.C.
- Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C.
- Academia Mexicana de Ortodoncia, A.C.
- Colegio Mexicano de Ortodoncia, A.C.
- Consejo Nacional de Ortodoncia, A.C.
- Asociación Latinoamericana de Ortodoncia
- World Federation of Orthodontists
- Colegio de Ortodoncistas de Tamaulipas, A.C

Dra. MIRIAN ANEL LÓPEZ BASILIO



Afiliación institucional: IMSS BIENESTAR
Correo electrónico: Lopezmirian14@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-5032-1413

Médica mexicana con 25 años de trayectoria profesional al servicio de la salud pública, distinguida por su compromiso con la calidad de la atención médica, la seguridad del paciente, la gestión hospitalaria y el fortalecimiento de las organizaciones gremiales del sector salud.

A lo largo de su carrera ha desempeñado funciones asistenciales, directivas y académicas en diversas instituciones públicas, participando en la planeación, organización y evaluación de servicios de salud con un enfoque orientado a la mejora continua, la eficiencia institucional y la atención centrada en las personas. Su experiencia abarca la administración hospitalaria, la coordinación de equipos multidisciplinarios y el desarrollo de estrategias para elevar los estándares de calidad en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención.

En el ámbito de la gestión sanitaria, ha impulsado proyectos relacionados con la certificación de establecimientos de salud, la implementación de modelos de calidad, la elaboración de carpetas gerenciales, el fortalecimiento de indicadores institucionales y la formación de recursos humanos, consolidándose como una profesional con amplia experiencia en liderazgo organizacional y desarrollo institucional.

Su vocación por la educación la ha llevado a participar como conferencista, ponente y promotora de programas de capacitación dirigidos a profesionales de la salud, particularmente en temas de calidad, seguridad del paciente, atención basada en el valor, geriatría, gerontología y políticas públicas en salud.

En el ámbito gremial, la Dra. Mirian Anel López Basilio ha mantenido una participación en colegios y asociaciones médicas, promoviendo la unidad del gremio, la actualización científica, la defensa del ejercicio profesional y la vinculación entre instituciones académicas, organismos de certificación y autoridades sanitarias. Su labor se ha caracterizado por fomentar espacios de diálogo, cooperación e innovación en beneficio de la profesión médica y de la población.

Convencida de que el liderazgo en salud debe sustentarse en la ética, los derechos humanos y la excelencia profesional, continúa impulsando iniciativas orientadas al envejecimiento saludable, la medicina regenerativa, la gestión de servicios de salud y el fortalecimiento de políticas públicas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas.

"Veinticinco años de servicio representan una vida dedicada a cuidar, dirigir, enseñar y transformar la salud con humanismo, compromiso y vocación."

Estudios realizados

- **Doctorante en Administración de la Salud**
  Universidad Chapultepec
- **Maestría en Calidad de la Atención Médica**
  Universidad Autónoma de Guerrero
  Cedula Profesional
- **Especialidad en Gestión de Servicios de Salud**
  Universidad Chapultepec
  Cedula Profesional
- **Diplomado Bioética**
  Secretaria de Salud del Estado de México
- **Diplomado en Telesalud**
  Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
- **Diplomado en Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente**
  Organización Panamericana de la Salud
- **Diplomado en Geronto-Geriatria**
  Centro de Estudios Universitarios CCPE
- **Médico Cirujano y Partero**
  Escuela Superior de Medicina del IPN
  Cedula Profesional 2584001

Experiencia laboral y trayectoria profesional

- **2000 - 2002.** Coordinadora del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de recursos Humanos en Salud. Secretaria de Salud-Guerrero.
- **2002 – 2010.** Jefe de Depto de Servicio Social de Medicina y Odontología. Secretaria de Salud- Guerrero.
- **2010 – 2011.** Coordinadora Estatal de Telemedicina. Secretaria de Salud-Guerrero.
- **2011 - 2012.** Subdirectora de Regulación de Servicios de Salud. Subsecretaria de regulación Sanitaria, SSA-Gro.
- **2012 – 2015.** Coordinadora Estatal para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Secretaria de Salud Guerrero.
- **2015 - 2017.** Jefe de Enseñanza y Coordinación de Calidad. Instituto Estatal de cancerología.
- **2017 - 2021.** Responsable del área de telemedicina. Hospital General de Acapulco.
- **2021- 2023.** Gestor de Calidad. Hospital General de Acapulco.
- **2021 – 2023.** Subdirectora de Operación del Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente. INSABI.
- **2023- 2024.** Jefe de División del Área de Calidad y Seguridad del Paciente. IMSS BIENESTAR Federal.
- **2026.** Subdirección Médica turno nocturno. Hospital General de Acapulco.

Experiencia gremial

- **2010-2012.** Presidente de la Asociación Médica de Tixtla.
- **2012-2014.** Presidente de la Federación Estatal de Colegios Médicos de Guerrero.
- **2014-2016.** Coordinadora de la Comisión de Seguridad Médica. FENACOME.
- **2017-2019.** Presidente de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica. Colegio Médico de México A.C.
- **2017-2026.** Miembro de la Asociación Médica Mundial.
- **2019-2020.** Embajadora de México ante la Cátedra de Bioética de la UNESCO con sede en Roma.
- **2020-2021.** Vicepresidente de la Confederación Médica Latinoiberoamericana y del Caribe.

Dra. AMELIA LERMA SALAZAR



Afiliación institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social. Régimen Ordinario.
Correo electrónico: amelialerma0@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-7101-4524

Médica mexicana con 20 años de trayectoria profesional al servicio de la salud pública y la educación en salud distinguida por su compromiso con la calidad de la atención médica, la seguridad del paciente, la gestión hospitalaria, la gestión educativa y el fortalecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tamaulipas, en donde a lo largo de su carrera ha desempeñado funciones clínicas, docentes y directivas en la Institución de Salud más robusta de América Latina: el Instituto Mexicano del Seguro Social, participando en la gestión, planeación, organización y evaluación de servicios de salud y en la educación en salud con un enfoque orientado a la mejora continua, la eficiencia institucional, la atención centrada en las personas y con perspectiva de género. Su experiencia abarca la administración hospitalaria, la coordinación de equipos multidisciplinarios y el desarrollo de estrategias para elevar los estándares de calidad en unidades médicas de primero y segundo nivel de atención.

Estudios realizados

Especialidad en Gestión de la Salud Pública Universidad Chapultepec

Especialidad en Medicina Familiar. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Maestría en Administración y Gerencia de Instituciones de Salud. Instituto de Enseñanza Superior y de Investigación en Salud.

Maestría en Ciencias de la Familia. Universidad Anáhuac campus norte en Ciudad de México.

Licenciatura Médico Cirujano. Universidad Autónoma de Tamaulipas

Diplomados y formación complementaria

Diplomado en Relaciones de Género

Centro de Investigaciones y Estudios de Género Universidad Nacional Autónoma de México.

Diplomado en Competencias Docentes. Centro de Investigación Educativa y Formación Docente de Nuevo León.

Diplomado en Habilidades para la Gestión de los Servicios de Salud. Centro de Investigación Educativa y Formación Docente de Nuevo León.

Certificación en Soft Skills Personales, Sociales y de Liderazgo Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

Diplomado en Género en un Marco de la Ética Aplicada. Universidad Iberoamericana.

Diplomado en Derechos Humanos con Perspectiva de Género. Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Diplomado en Gestión Directiva en Salud. Universidad Nacional Autónoma de México.

Posgrado en Diabetes Mellitus. Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey.

Experiencia laboral y trayectoria profesional

- **2010.** Médica operativa en el Servicio de Medicina Familiar en el HGZ N° 1 de Ciudad Victoria.
- **2018.** Comisionada en la Coordinación de Gestión Médica en IMSS Tamaulipas
- **2020.** Médica Supervisora de Medicina Familiar en IMSS Tamaulipas
- **2020 a la fecha.** Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional en IMSS Tamaulipas.

Experiencia gremial

- **2017.** Miembro fundador del Consejo Mexicano de Especialistas en Medicina Familiar de la Capital del Estado de Tamaulipas A.C.

Atención primaria de salud en México y Latinoamérica:

retos y estrategias para fortalecer el primer nivel de atención

Esta obra ofrece un análisis actualizado y humanizado sobre la atención primaria de salud en México y Latinoamérica, abordando sus principales desafíos y oportunidades en el contexto actual. A través de una mirada integral, reúne evidencia teórica y experiencias prácticas que orientan estrategias para fortalecer el primer nivel de atención, con énfasis en la equidad, la calidad y la participación comunitaria.

Dirigida a profesionales de la salud, tomadores de decisiones, académicos y estudiantes, esta publicación busca contribuir al desarrollo de sistemas de salud más resilientes, inclusivos y centrados en las personas.



ATHENA NOVA
EDITORIAL

ISBN: 978-9907-9581-9-5
9 789907 958195