

La transformación del sistema de salud mexicano hacia la atención primaria: la ventana de oportunidad

The transformation of the Mexican health system toward Primary Health Care: The window of opportunity

Amanda Firme Carletto¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610056E

RESUMEN Este ensayo presenta reflexiones sobre la reforma del sistema de salud en México, centrándose en los retos del acceso al Primer Nivel de Atención y las oportunidades para avanzar hacia un modelo integrador de la Atención Primaria de Salud (APS). Para el análisis, se toma en cuenta la literatura científica, complementada con la experiencia académica de la autora en un instituto público de investigación en México. El ensayo argumenta que el país tiene la oportunidad de implementar cambios significativos en favor del fortalecimiento de la democracia por la protección de salud a todos los ciudadanos. En conclusión, el análisis subraya la relevancia de expandir la puerta de entrada, construir de manera conjunta la Política Nacional de APS y realizar otros cambios que favorezcan el modelo MAS-BIENESTAR. Resalta como es crucial que el Estado haga inversiones continuas y que se unan fuerzas entre trabajadores, investigadores, estudiantes, gestores, población y movimientos sociales para que la salud se convierta en un derecho para todas las personas, sin discrepancias por las condiciones laborales.

PALABRAS CLAVE Sistemas públicos de salud. Atención Primaria de Salud. Reforma de la atención de salud.

ABSTRACT *This essay presents reflections on the reform of Mexico's health system, focusing on the challenges of access to the First Level of Care and the opportunities to move toward an integrated Primary Health Care (PHC) model. The analysis draws on scientific literature, complemented by the author's academic experience at a public research institute in Mexico. The essay argues that the country has the opportunity to implement meaningful changes to strengthen democracy by ensuring health protection for all citizens. In conclusion, the analysis emphasizes the importance of expanding the entry point, jointly constructing the National PHC Policy, and implementing additional changes that support the MAS-BIENESTAR model. It emphasizes the critical need for the state to make sustained investments and for collaboration among workers, researchers, students, managers, the population, and social movements to ensure that health becomes a universal right, free from disparities based on employment conditions.*

KEYWORDS *Public health systems. Primary Health Care. Health care reform.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
amandacarletto@gmail.com



Contextualización del tema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reafirmado la Atención Primaria de Salud (APS) como la principal estrategia para el desarrollo de sistemas sostenibles y resilientes y para alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud. Entre las recomendaciones, delimita que la APS esté enfocada en servicios integrados, políticas y acciones multisectoriales, así como en el poder de decisión de las personas y comunidades. Por añadidura, desde 2023, esta misma Organización ha difundido los mecanismos del marco operacional de la APS para apoyar los procesos de transformación de los sistemas de salud titulados de: “mecanismos estratégicos básicos”⁽²⁾ y “mecanismos estratégicos operacionales”⁽²⁾.

Los mecanismos básicos incluyen el compromiso y liderazgo políticos, lineamientos de gobernanza y de políticas, asignación financiera adecuada y la participación de las comunidades. Referente a los mecanismos operacionales, se consideran los modelos de atención, el personal para la APS, la infraestructura física, los fármacos y otros suministros de salud, las tecnologías digitales y las investigaciones orientadas a la APS, entre otros factores¹. Por considerar los marcos de medición e indicadores como respuesta a las frecuentes críticas respecto a la gran amplitud del concepto y de las diferentes formas de implementar la APS, algunos de estos mecanismos propuestos por la OMS serán abordados de forma transversal a lo largo del texto.

El objetivo del artículo es discutir el desafío del acceso a los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA) y las posibilidades de avance hacia un modelo integrador de APS y la universalización del derecho a la salud. Distinguiéndose de los enfoques científicos y teóricos convencionales, el formato de ensayo autoriza la apertura a construir análisis auténticos también basados en la

experiencia y en fases transitorias del proceso investigativo, operando “metodológicamente sin método”²⁽³⁰⁾.

Con el interés de contribuir para los debates sobre la reforma del sistema de salud, este texto analítico acerca del PNA de México fue elaborado a considerar la literatura científica y la investigación de campo que incluyó visitas a servicios de salud de diferentes estados, participación en eventos y reuniones con actores clave de diversas instituciones públicas del país. A considerar que las reflexiones fueron proporcionadas por la estancia académica del curso de doctorado en Salud Colectiva en una universidad pública de Brasil por seis meses en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México en Cuernavaca, se puede percibir tonos de la trayectoria salubrista brasileña.

Para fines de esta construcción, los conceptos de APS y de PNA no son utilizados como sinónimos. La APS puede ser considerada una política de salud que debe coordinar la red, prestar atención integral y continuada, garantizar la participación de la sociedad y buscar la articulación con otros sectores, conjuntamente tiene la función de puerta de entrada del sistema. Por otra parte, el PNA se trata esencialmente de un nivel asistencial³.

En sintonía con la Conferencia de Alma Ata, este ensayo reafirma que la APS forma parte del sistema con función central y carácter nuclear para el desarrollo de la comunidad. Como puerta de entrada, engloba el primer contacto con la población al brindar atención lo más cerca posible, constituyendo un componente inicial del proceso que debe continuar de forma coordinada en la red de servicios. El hecho de que el cuidado debe ser ofertado a lo largo del tiempo de vida de las personas, dibuja el carácter continuo. Puesto que debe acoger y referenciar a los usuarios a otros niveles de atención siempre que necesario, así como monitorear y seguir cuidándolos en el primer nivel, la APS asume una función de coordinación de la red de servicios. Por su interacción con las dinámicas sociales, culturales, económicas y políticas del territorio, la

articulación intersectorial con otros sectores se considera fundamental⁴.

Como la APS propone un abordaje que trasciende los signos, los síntomas y la atención fragmentada, y, además, integra la promoción de la salud, acciones preventivas, el tratamiento, la rehabilitación⁴ y los cuidados paliativos⁵, todos conectados en los diferentes niveles del sistema, tiene pacto con la integralidad. El hecho de que debe ofrecer cuidados con prioridad para los ciudadanos que más necesitan, diseña su compromiso con la equidad. Como incluye la participación ciudadana en los procesos de gestión del sistema y la valoración de los recursos locales⁴, debe proporcionar instancias de participación y control social, lo que es mucho más amplio que recibir quejas en los buzones y mantener los comités de salud activos. Con la responsabilidad de actuar de forma integrada al territorio y sus características, la APS debe utilizar el potencial de flexibilidad para valorar y adaptar a las condiciones del área³.

Con esta comprensión de la APS ampliada, seguimos para la segunda parte del ensayo que contextualiza el soporte teórico al escenario mexicano, a empezar por una breve explicación de la actual renovación del sistema de salud que vive el país.

Reflexiones sobre el PNA en la cuarta transformación

Desde hace años, las y los salubristas del país resaltan la necesidad de modificar el sistema de salud. Los puntos en común entre las diferentes vertientes de pensamiento se pueden resumir en la búsqueda por proporcionar servicios de salud a todos los ciudadanos, reducir la fragmentación del sistema e invertir en la APS como estrategia clave para garantizar el acceso y la mejor calidad de los servicios^{6,7}. Estas aspiraciones se justifican porque el sector de salud de México es analizado como complejo y la protección a la salud, desigual e incompleta⁷. El sistema es descripto como

segmentado por la coexistencia de diversos subsistemas y también fragmentado por la falta de integración entre los distintos niveles de atención, contribuyendo a la duplicidad de acciones y a la ineficiencia.

En un contexto marcado por diferencias ideológicas y políticas, que implican distintas concepciones de ciudadanía y de salud⁸, México ha atravesado diversas reformas en su sistema de salud a lo largo del tiempo. Los cambios ocurridos en las dos últimas décadas del siglo XX incluyen el reconocimiento del derecho a la protección de la salud en la Ley General de Salud de 1984, la incorporación de dinámicas del sector privado, el avance de procesos de descentralización y la formulación de paquetes de atención dirigidos a la población sin seguridad social laboral; cambios que no se tradujeron en la garantía del acceso a los servicios⁹. El panorama desfavorable a la universalización se vio aún más amenazado por el creciente alineamiento con el modelo neoliberal^{10,11}, movimiento ascendiente por casi dos décadas del siglo siguiente.

Las modificaciones estructurales implementadas a partir de los años 2000 y orientadas a la población sin seguridad social se resumen en este ensayo en dos marcos. El primero hace referencia a la creación, en 2003, del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), operado por el Seguro Popular de Salud (SPS) desde 2004¹² hasta 2019. El segundo marco corresponde a la creación del Organismo Público Descentralizado (OPD) Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), en 2022, responsable por prestar atención médica y hospitalaria universal, de calidad y oportuna a las personas¹³. El IMSS-BIENESTAR fue instituido posteriormente a la reforma de la Ley General de Salud, en 2019, cuando se establecieron la universalidad y la gratuidad como criterios para la prestación de los servicios públicos de salud¹⁴.

Se espera que la reestructuración en curso conduzca, de manera progresiva, a la ampliación de la cobertura de los servicios para

garantizar una atención integral; a la gratuidad, eliminando la necesidad de las cuotas de recuperación; al fortalecimiento de un enfoque preventivo y comunitario; y a la planificación centralizada mediante la creación del OPD IMSS-BIENESTAR y del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Asimismo, se busca prescindir de los proveedores privados en el sistema público de salud, rompiendo con los procesos de privatización¹⁵.

Al tomar en cuenta las aparentes similitudes, es importante señalar que existen tres componentes: el Programa IMSS-Bienestar, el OPD IMSS-BIENESTAR y el Modelo de Atención MAS-BIENESTAR. El Programa – creado a finales de los años setenta como parte del IMSS para atender, en aquel período, a la población de la zona rural sin seguro social – fue actualizado al nombre ‘Programa IMSS-Bienestar’. El OPD IMSS-BIENESTAR, que fue concebido tras la finalización del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), es una institución autónoma en la gestión y ejecución de los servicios de la Secretaría de Salud (SSa)¹⁶. El Modelo MAS-BIENESTAR, que forma parte del ‘Programa Estratégico de Salud para el Bienestar’, tiene la misión de promover sinergias entre las entidades federativas y de seguridad social, y adopta a la APS como su principal estrategia para transformar el sistema¹⁷.

Para 2024, México se encuentra en una transición gubernamental que representa un panorama político favorable a los cambios estructurales, situación que requiere inversiones transversales y esfuerzos permanentes a largo plazo, además de una apertura para vivir la renovación que, como tal, genera distintos obstáculos y resistencias. Las políticas en curso para una reforma del subsistema de salud para la población sin seguridad social demandan la creciente articulación entre los entes federativos, la interacción entre las instituciones públicas de referencia en el país, la ampliación del horizonte de investigación en APS, la utilización de estrategias operacionales

con el máximo de claridad posible, y sobre todo, solicitan robustecer la defensa social del derecho universal a la salud pública, sin discrepancias por las condiciones laborales. Existe la hipótesis de que el debate entre los salubristas de México afines de la salud colectiva y de la salud pública se une en un objetivo democrático común: integrar el sistema de salud para que pueda ofertar servicios a todos los mexicanos y mexicanas.

En lo que concierne al Primer Nivel de Atención, el documento publicado por la Secretaría de Salud de México en 2021 asume que, a pesar de varios intentos, el país no ha desarrollado un modelo/política de APS. También presenta estrategias de implementación y dificultades para progresar, estas últimas resumidas en seis ejes: conceptual, recursos necesarios, marco regulador y gobernanza, prestación de servicios en red, iniciativa intersectorial y participación comunitaria¹⁸. En complemento, existe literatura que discute la relevancia de ampliar el nivel de organización, el perfil de formación en salud y la inversión financiera para avanzar hacia el modelo integrador de APS. Como ejemplo, se destaca la necesidad de apostar en el potencial de actuación de los profesionales de enfermería¹⁹, aspecto primordial para la coyuntura mexicana donde el cuidado clínico está centrado en los médicos y en la consulta externa. Por añadidura, se hace fundamental considerar el profesional farmacéutico para la gestión de fármacos e insumos, para la dispensación, para la farmacia clínica y la atención farmacéutica en los Centros de Salud. Estos análisis reafirman los desafíos persistentes a lo largo de las trayectorias de las reformas, evidenciando indicios de planes implementados en los últimos años, así como aquellos que aún carecen de atención adecuada.

Inmerso en esta discusión, este ensayo identifica un reto común: la dificultad de garantizar el acceso a los servicios del PNA en los principales subsistemas públicos de salud: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud. El IMSS y el ISSSTE prestan servicios a población con seguridad social y la SSA es la institución pública que coordina y se organiza con las Secretarías Estatales de Salud para la oferta de servicios de salud la población sin seguridad social. Asimismo, también es coordinadora y supervisora de los servicios de salud operados por el nuevo Organismo Público Descentralizado (OPD) Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)¹³ que, en 2024, alcanza 23 de los 32 estados²⁰.

Las dificultades para acceder a los servicios públicos de PNA, probablemente, han provocado una menor utilización del sistema público en comparación con las prioridades sanitarias locales. En respuesta, se supone que las personas han buscado solución en el sector privado. En este contexto, se ha identificado que la atención ambulatoria de este sector se realiza principalmente en los Consultorios Adyacentes a las Farmacias (CAF), los cuales ofrecen consultas médicas de fácil acceso geográfico, rápidas y de bajo costo²¹ con un conflicto de interés vinculado al mercado farmacológico, ya que están incorporados a las farmacias privadas.

Desde la óptica cuantitativa, una publicación que analizó los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) correspondiente al año de 2022²², señaló el amplio uso de estos servicios privados tanto por personas sin seguridad social, como por derechohabientes de la seguridad social e, incluso, por personas con seguros privados. Los motivos por los cuales los usuarios no acudieron a los servicios públicos se resumen en problemas de acceso (71%) y de calidad (21%). Entre los obstáculos del acceso, están principalmente los largos tiempos de espera para acceder a una consulta (19%), la distancia a la institución (18%) y la ausencia de servicios necesarios (11%). Por estimación, el 28.15% de la población declaró enfrentar alguna barrera económica, geográfica o cultural, para utilizar los servicios de salud con respecto al total de

la población en el año de 2020²³. Sin embargo, estos estudios no ofrecen datos del acceso y de la utilización exclusivamente en los servicios del PNA, horizonte que nos brinda solamente un conocimiento general del sistema.

Desde un enfoque cualitativo exploratorio, los espacios observados durante la estancia académica permitieron identificar que el largo tiempo de espera para acudir a las consultas del PNA en instituciones de la seguridad social es el principal motivo de demanda a los servicios privados. Concerniente a los servicios ofertados en los Centros de Salud para población sin seguridad social, las dificultades de acceso se relacionan principalmente a la accesibilidad geográfica, a la falta de medicamentos básicos y de otros insumos, además de la inadecuada infraestructura. Por consecuencia, estas situaciones generan gastos de bolsillo por necesidades de salud ya en el PNA, incluso para la población expuesta a mayor vulnerabilidad, ampliando las iniquidades en salud.

En sentido contrario a las barreras de acceso al PNA, los sistemas de salud centrados en la APS deben comprometerse con la equidad y la calidad¹ tanto en términos operativos como del diseño de la política, de manera que contribuyan al progreso social y económico, y a la reducción de las desigualdades²⁴. Dado que el Modelo MAS-BIENESTAR se fundamenta en la APS como estrategia para reestructurar el sistema y ofertar la prestación gratuita de servicios a la población sin seguro social¹⁷, se supone que se ha alcanzado un avance normativo, resultando crucial ampliar las inversiones gubernamentales para su ejecución creciente.

Como México tiene al menos dos subsistemas públicos de salud – servicios para la población abierta y de la seguridad social – en los que el Estado aporta, parece coherente que la primera etapa de la reforma esté enfocada en la renovación de los engranajes operados por las entidades federativas, buscando establecer mejor comunicación y cohesión. Según expectativas, la implementación exitosa permitirá la integración de la atención sanitaria colectiva e individual en redes y apoyará la promoción de

la equidad y la mayor eficiencia de los servicios de salud²⁵. Por ende, los actuales y siguientes pasos estarán concentrados en federalizar los servicios con el OPD IMSS-BIENESTAR y cambiar el componente salubrista-multisectorial con el Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) en los niveles federal, estatal y distrital del Sistema Nacional de Salud (SNS) con base en el Modelo MAS-BIENESTAR²⁶.

Como los debates interinstitucionales y participativos son esenciales para el seguimiento de las modificaciones estructurales, se supone que alcanzarán más espacio en las próximas fases. En torno a las nuevas dinámicas organizativas del sistema²³, se prevé que impulsen condiciones para el acceso efectivo al centrarse en la realidad de los servicios y en las necesidades de las personas y sus comunidades. Esto implica aumentar la inversión en la escucha activa de gestores locales, trabajadores y usuarios de los servicios, responsabilidad que probablemente cuente con el protagonismo de los Distritos de Salud para el Bienestar (DSB)²⁶.

Estos propósitos recién mencionados abren cortinas para algunas reflexiones para la atención a la población sin seguridad social: ¿Cómo operar la integración interna a la SSA sin adhesión de todos los estados al OPD IMSS-BIENESTAR? ¿Cómo incentivar la aceptación del Modelo MAS-BIENESTAR para lograr cambios estructurales a nivel nacional? ¿Cómo el SNSP integrará las acciones de salud pública y el cuidado clínico operadas por diferentes instituciones? ¿Cómo trascender los programas verticales del sistema de salud? ¿Es posible reelaborar el proceso de trabajo para que los núcleos básicos interdisciplinarios trabajen en el territorio? ¿Cómo construir las redes de servicios basadas en el cuidado integral con la asistencia enfocada en los médicos? ¿Es factible operar la ampliación del rol de actuación de la enfermería? ¿El trabajo comunitario realizado por las promotoras de salud será expandido? ¿Cuáles son las estrategias para garantizar el acceso gratuito a la salud bucal? ¿Cómo hacer la inclusión de los farmacéuticos en los establecimientos del PNA?

Con estas inquietudes y, mayoritariamente, con expectativas en recuperar la fuerza del potencial de la medicina socializada, seguimos para la tercera parte del ensayo. Esta sección presentará algunas posibles rutas para avanzar en el modelo integrador de la APS, concebido como una ventana de oportunidad que ampara la misión de garantizar el acceso a los servicios de salud para la población sin seguridad social y, más adelante, la universalización del sistema.

A camino de la Política Nacional de Atención Primaria de Salud

Dando pasos para la parte final del ensayo, es posible interpretar que la intención del gobierno de México de federalizar los servicios y consolidar la APS como eje transversal del sistema²⁴ requiere instaurar recomendaciones nacionales que posibiliten el acceso efectivo, su monitoreo y evaluación a nivel central. Una de las vías para alcanzar estos objetivos es la formulación de la primera Política Nacional de Atención Primaria de Salud de México de forma participativa, junto con representantes de las instituciones de salud colectiva/pública, de los trabajadores, investigadores, gestores y de la población. Encima de atribuciones abordadas en el Modelo MAS-BIENESTAR, la Política puede establecer elementos centrales referentes a:

1. Responsabilidades institucionales de los servicios de APS en los diferentes niveles del gobierno.
2. Infraestructura, equipamientos, insumos y horarios de funcionamiento según tipo de Centro de Salud (rural, urbano, fronterizo etc.).
3. Estrategias de integración y coordinación en la red de servicios de salud, así como de articulación intersectorial.
4. Servicios ofrecidos por la APS, adaptados a las características territoriales, con

especial atención a las poblaciones indígenas, rurales, fronterizas, remotas, afromexicanas y migrantes, guiados por los preceptos de la interculturalidad.

5. Composición, cantidad y dinámica de trabajo de los núcleos multiprofesionales por tipo de Centro de Salud, integrando los programas de salud.

6. Atribuciones comunes y específicas de los núcleos, que incluyen actividades extramuros, acciones colectivas de educación en salud, estrategias para promover la colaboración interprofesional, así como prácticas para la valorización del conocimiento popular y del protagonismo de las personas en el cuidado.

7. Herramientas que aseguren la participación y el control social en la gestión del sistema de salud, considerando la diversidad regional, los comités de salud y los módulos de atención ciudadana.

8. Incentivos para implementar sistemas informáticos y tecnologías digitales, integrados y gratuitos, que garanticen el monitoreo y la evaluación de los servicios mediante indicadores de salud, tanto clínicos individuales como colectivos.

Considerando el objetivo de avanzar hasta un modelo de APS, resulta imprescindible fortalecer la gobernanza y el liderazgo¹ también en los ámbitos estatal y local²⁷. Por lo tanto, es pertinente invertir en herramientas y espacios que favorezcan la comunicación institucional efectiva, así como delineamientos accesibles sobre las responsabilidades de cada instancia, evitando actuaciones verticales y desconectadas de los territorios, sus características y diferencias.

En cuanto al funcionamiento e infraestructura¹, las visitas realizadas a los servicios de salud en distintos estados permitieron identificar que los Centros de Salud pueden operar

fuera del horario comercial y durante los fines de semana. No obstante, se observaron disparidades en las condiciones de infraestructura, lo que pone de manifiesto la significancia de revisar las normativas federales, además de seguir priorizando las zonas con mayores carencias y afectadas por desastres naturales, cuya vulnerabilidad demanda respuestas en tiempo oportuno.

Con relación a la integración y coordinación en la red de servicios, hemos ratificado cómo los escenarios de renovación centrados en la APS dependen de la constante búsqueda por la integración interna y externa al sector. Como ejemplo, está la pertinencia de trabajar con enfoque multisectorial para la conexión enseñanza-servicio-comunidad. En este aspecto, la SSa ha presentado planes para la inserción progresiva de la APS en las licenciaturas de las ciencias de salud, como el fortalecimiento interprofesional²⁸, a remarcar que la educación y la salud pública son ámbitos de inversión social²⁹.

Además de ampliar las interacciones, contenidos y prácticas de salud colectiva/pública entre los planes de carreras y posgrados es determinante sumar fuerzas para que la formación en salud tenga sintonía con el actual Modelo MAS-BIENESTAR y fomento innovaciones sostenibles, el desarrollo de nuevas destrezas, el perfil constructivista y el análisis crítico³⁰. Mediante esta inversión estratégica, es indispensable impulsar la formación de personal de salud alineada con las necesidades nacionales¹. Una de las alternativas que puede apoyar en este proceso es la reformulación de los programas de residencia en Medicina Familiar para que desarrollen abordajes territoriales y potencialicen la responsabilidad social, yendo más allá del desarrollo de capacidades técnicas en la esfera clínica. Sumado a eso, el trabajo conjunto con las residencias multiprofesionales en APS puede contribuir para robustecer la dinámica de equipo.

Resulta interesante reconstruir el dibujo de los núcleos básicos con dirección a ampliar el rol de actuación de enfermería, incluir los

farmacéuticos, pensar el cuidado integral en salud bucal y rever las atribuciones de los promotores de salud. Tal vez sea relevante revisar el transcurso de la no permanencia de profesionales exclusivamente en los servicios del PNA de la SSA, en detrimento de la pasantía, situación que puede dificultar la creación del vínculo y el cuidado continuo. No obstante, estos procesos demandan esfuerzos para enfrentar las resistencias biomédicas y seguir luchando en dirección del ascendente bienestar de la población mexicana.

Los aspectos previamente abordados exigen la escucha y la participación accesible de las y los ciudadanos¹. Por ello, es pertinente elaborar estrategias revolucionarias que autoricen la colaboración y el control social, piezas clave para cuidar y proteger a una sociedad que aún carga heridas provocadas por las barreras de acceso a los servicios de salud pública. Luchar por la justicia social y por la solidaridad implica asumir que la salud no puede ser un privilegio: debe ser un derecho social garantizado, en la vida concreta, por el Estado.

La esperanza de nuevos comienzos

La estancia académica corrobora que, aparte de instaurar alteraciones legales y normativas, la renovación del sistema de salud de México exige un incremento significativo del financiamiento público^{7,27}. Confirma que avanzar hacia la integración y universalización del sistema exige una actuación política de gran amplitud y de largo plazo, la conjunción de los diferentes actores e instituciones²²; así como gobernanza y liderazgo consistentes en todos los niveles gubernamentales²⁷. Asimismo, requiere diseños particulares para el país, considerando su contexto histórico, social, económico, político, migratorio, climático y cultural³¹.

La experiencia como personaje externa temporalmente sumergida en el panorama mexicano convalida lo crucial de ampliar y sostener las puertas de entrada del sistema, reconoce los avances recientes como la

contratación de profesionales y los incrementos en infraestructura¹⁵, y subraya la necesidad de implementar acciones en armonía con los valores del modelo MAS-BIENESTAR. Para ello, se hace inminente escuchar a los actores que gestionan y prestan los servicios como también los usuarios y movimientos sociales; romper con algunas de las trabas biomédicas en los currículos; repensar los núcleos básicos y roles profesionales; tomar en cuenta las peculiaridades del territorio mexicano; ampliar y mejorar la infraestructura; actualizar los esquemas de formación de los posgrados; asegurar la accesibilidad a medicamentos e insumos; y superar el trabajo fragmentado de los programas verticales en favor de un repertorio de responsabilidades comunes a todos los trabajadores.

Con este sustento, se amplían las posibilidades de garantizar el acceso y la utilización de los servicios públicos por parte de los ciudadanos, de motivar a los trabajadores y gestores para que implementen lo planeado, y de fomentar una interacción más activa con los investigadores en el proceso de la reforma. Por lo tanto, se vuelve imprescindible combatir la desconexión entre lo teórico y lo práctico, un desafío global cuya superación creciente enriquece la defensa del derecho universal y de la centralidad de la APS. Se aspira a que la reforma sea inclusiva, equitativa y sostenible, colocando el bienestar de la sociedad en el corazón del sistema de salud.

En conclusión, las reformas del sector son movimientos gubernamentales complejos que pueden provocar desarrollo social en larga escala y relevancia histórica para la democracia, como también pueden significar un riesgo y retroceso a los avances conquistados a lo largo de décadas, de acuerdo con la postura ideológica adoptada en el análisis. Un aspecto relevante es que México tiene ventana de oportunidad abierta para la generación de cambios que permitan el avance, en los próximos años, a un sistema único de salud basado y coordinado por la APS como los estudios han requerido desde hace años^{7,32}. Reafirmo que

dicha dinámica depende de crecientes inversiones del Estado y de la lucha colectiva de los trabajadores, investigadores, estudiantes, gestores, usuarios y movimientos sociales para que la salud sea, efectiva y progresivamente, un derecho de todas las personas.

Colaborador

Carletto AF (0000-0002-4984-5018)* es responsable por la preparación del manuscrito. ■

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Marco de medición de la atención primaria de salud e indicadores: seguimiento de los sistemas de salud desde el punto de vista de la atención primaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [acceso en 2024 jul 9]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373544/9789240075702-spa.pdf>
2. Adorno TW. O ensaio como forma [Internet]. In: Adorno TW, organizador. Notas de Literatura. São Paulo: Editora 34; 2003 [acceso em 2025 mayo 30]. p. 15-45. Disponible en: <https://marxismo21.org/wp-content/uploads/2015/02/ADORNO-Theodor-Notas-de-Literatura-I.pdf>
3. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2017 [acceso en 2024 jun 5];43(3):432-48. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n3/432-448/>
4. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata [Internet]. URSS: Alma-Ata; 1978 [acceso en 2024 mayo 30]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?>
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud: De Alma-Ata a la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Versión preliminar [Internet]. Argentina: Buenos Aires; 2018 [acceso en 2024 ago 5]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
6. Dommarco JR, Cuevas RP, Morales HR et al. Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos [Internet]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018 [acceso en 2024 jul 10]. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180919_Salud_atencion_primaria_11septiembre.pdf
7. Arellano OL, Soto ECJ. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. Cad Saúde Pública. 2017;33(supl2):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087416>
8. Pêgo RA, Almeida C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad Saúde Pública. 2002;18(4):971-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400006>
9. Gómez MU, Pêgo RA. Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? Perf Latinoam. 2013;21(42):135-162. DOI: <https://doi.org/10.18504/pl2142-135-2013>
10. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Ciênc saúde coletiva. 2018;23(7):2197-2212. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123201823708362018>
11. Laurell AC. Three Decades of Neoliberalism in Mexico: The Destruction of Society. *Int J Health Serv.* 2015;45(2):246-64. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020731414568507>
 12. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, et al. Sistema de salud de México. *Rev Salud Publica Mex* [Internet]. 2011 [acceso en 2024 jul 5];53(supl2):220-32. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
 13. Presidencia de la República (MX). Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). *Diario Oficial de la Federación* [Internet], Ciudad de México, México. 2022 ago 31 [acceso en 2024 jul 22]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0
 14. Presidencia de la República (MX). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. *Diario Oficial de la Federación* [Internet], Ciudad de México, México. 2019 nov 29 [acceso en 2024 ago 22]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_refi16_29nov19.pdf
 15. Robledo Z. La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):767-73. DOI: <https://doi.org/10.21149/15742>
 16. Lira-Romero JM. ¿La rectoría de la salud corresponde al IMSS-Bienestar? *Salud Pública Mex.* 2025;67(2):204-5. DOI: <https://doi.org/10.21149/16381>
 17. Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social (MX). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). *Diario Oficial de la Federación* [Internet], Ciudad de México, México. 2022 out 10 [acceso en 2024 jul 22]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
 18. Secretaría de Salud (MX). Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación [Internet]. [Ciudad de México]: SSA; 2021 [acceso en 2024 jun 25]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/Informe_Desaf_os_APS_ENERO_2021_final.pdf
 19. Lagunas MAT. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enferm Univ.* 2018;15(4):329-31. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.547>
 20. Presidencia de la República (MX). Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de salud para el Bienestar. *Diario Oficial de la Federación* [Internet], Ciudad de México, México. 2023 out 13 [acceso en 2024 jun 25]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5705060&fecha=13/10/2023#gsc.tab=0
 21. Guerrero FML, Espinosa MAE. The Commodification of Health Services: an Alternative for the Marginalized Population of Mexico City. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(4):1151-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14012022>
 22. Arredondo SB, Flores AV, Aguilar LAM, et al. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública Mex.* 2023;65(1):15-22. DOI: <https://doi.org/10.21149/10570>
 23. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (MX). Evaluación Estratégica de Salud [Internet]. Primer Informe: Ciudad de México: CONEVAL; 2022 [acceso en 2024 jul 26]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/medicion/paginas/pobrezainicio.aspx>
 24. Secretaría de Salud (MX). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada: la propuesta metodológica y operativa [Internet]. Ciudad de México: SSA; 2019 [acceso en 2024 jul 24]. Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf

25. Secretaría de Salud (MX). Guía de Estudio: Introducción a la Atención Primaria de Salud (APS) [Internet]. Ciudad de México: SSA; 2023 [acceso en 2024 jul 20]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu_a_de_Estudio_APS.pdf
26. Manning ML, Ridaura RL. La importancia del Servicio Nacional de Salud Pública en la reestructuración del sistema público de salud. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):661-9. DOI: <https://doi.org/10.21149/15877>
27. Rabanal JEA, Rodríguez JFM, Portillo SPD, et al. El sistema de salud de México: análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):677-88. DOI: <https://doi.org/10.21149/16214>
28. Secretaría de Salud (MX). Atención Primaria de Salud en los Planes de Estudios de las Ciencias de la Salud [Internet]. Ciudad de México: SSA; 2023 [acceso en 2024 jul 20]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828976/Propuesta_de_Incorporaci_n_de_APS_en_Curr_cula.pdf
29. Albarrán JMEC. Formación de personal médico de pregrado en atención primaria. El caso de la Universidad de la Salud. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):753-8. DOI: <https://doi.org/10.21149/15712>
30. Prado BH, Amaya MN, Ponce EL. Formación de profesionales en salud pública para fortalecer el sistema de salud: la ESPM. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):759-66. DOI: <https://doi.org/10.21149/15711>
31. Morales HR, Peña MCG, Ponce EL. La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública Mex.* 2024;66(5):631-6. DOI: <https://doi.org/10.21149/15744>
32. Krasniak LC, Catapan SC, Medeiros GAR et al. Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde de debate.* 2019;43(esp5):273-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S522>

Recibido en 17/10/2024

Aprobado en 19/06/2025

Conflicto de intereses: inexistente

Disponibilidad de datos: los datos de investigación se incluyen en el propio manuscrito

Apoyo financiero: la estancia académica en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) fue posible gracias a la tutoría extranjera de la Dra. Hortensia Reyes y al financiamiento de la Coordinación de la Formación del Personal de Nivel Superior (Capes) de Brasil, con el código de financiamiento 001, proceso 88887.936626/2024-00 del Programa Institucional de Internacionalización (PrInt)

Editor responsable: Raquel Abrantes Pêgo