



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD PARA  
EL BIENESTAR

# Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México

---

Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación

Enero 2021

## **Elaboración**

Joaquín Molina Leza

José Arturo Ruiz Larios

Erika Zamora Ramos

Rocío Bejarano Medellín

## Introducción

En el mes de noviembre de 2019 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, un Decreto por medio del cual se reformaron, adicionaron y derogaron diversas disposiciones de la Ley General de Salud. En el artículo 77 bis 1, se dejó establecido que:

*“La protección a la salud, será garantizada por el Estado, bajo criterios de universalidad e igualdad, deberá generar las condiciones que permitan brindar el acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médicos ... que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, efectividad...”*

El Capítulo VIII de la mencionada Ley se dedica a la creación y funciones del Instituto de Salud para el Bienestar. En este contexto se elaboró un Modelo de Salud para el Bienestar, donde se plantea, como parte medular del mismo, retomar los principios de la Atención Primaria de Salud (APS).

En México no es la primera vez que se proponen modelos de salud basados en APS. A partir de la declaración de Alma Ata (septiembre de 1978) el sistema de salud mexicano adoptó formalmente los postulados de APS. El sector salud ha transitado por diversos modelos basados en APS. En un primer momento se creó el Modelo de Atención de Salud para la Población Abierta (MASPA) que se inició en 1985 y se reforzó en 1995; después se impulsó el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) el cual se elaboró durante el sexenio 2000-2006; sin embargo su implementación fue hasta el año 2012 (en el cual se afirma que no era sustitución del MASPA, sino un reforzamiento del modelo inicial); y posteriormente se adoptó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) elaborado por la Secretaría de Salud en el año 2015.

Uno de los principales problemas que han enfrentado dichos modelos ha sido su diferente interpretación y su limitada implementación. Incluso varios estudiosos del Sistema Nacional de Salud, consideran que las propuestas y líneas

estratégicas centrales contenidas en los modelos antes mencionados es que han quedado en el papel, pues en realidad no hubo una implementación y aplicación efectiva que lograra la consolidación de alguno de los modelos mencionados.

Por lo que, uno de los grandes retos del INSABI es la concreción del Modelo de Salud para el Bienestar, cuya base central y esencia es la APS. Una de las acciones emprendidas, tendiente a reforzar su implementación, es identificar cuáles son los principales desafíos que enfrenta la APS actualmente en México.

El documento está dividido en cinco apartados. En los dos primeros se presentan la introducción y los objetivos del estudio. En el tercero se describe la metodología que se utilizó. Se continúa con la exposición de los resultados del estudio, los cuales a su vez fueron divididos en siete grandes temas. Ya para finalizar en el último apartado se exponen las conclusiones y recomendaciones. Se incluyó un anexo con los resultados de la revisión bibliohemerográfica.

En la figura 1 se presenta un esquema que sintetiza el contenido y el proceso del estudio.

**Figura 1. Contenido del estudio sobre la APS en México**



Con el presente trabajo, de ninguna manera se pretende agotar las reflexiones ni establecer conclusiones tajantes, sino promover que los resultados del estudio sean un generador de discusiones y la divulgación de experiencias de los diversos actores e instituciones consideradas clave del sector salud mexicano. La idea es dar continuidad al tema trabajando en un Grupo Técnico para el desarrollo de la APS en México.

El propósito final es tener una clara identificación de los desafíos de APS en el país, que ayude a definir un amplio abanico de estrategias factibles para desarrollar la APS, que puedan ser adoptadas conscientemente por los tomadores de decisiones y el personal operativo de los servicios de salud, en la implementación del Modelo de Salud para el Bienestar.

## **I. Objetivos**

- Identificar los principales desafíos y estrategias para la implantación de la APS en México.
- Describir los antecedentes y enfoques teóricos que hay sobre APS en el país.
- Explorar la relación entre cobertura universal de salud y la APS.
- Indagar sobre algunos elementos esenciales de APS de acuerdo a la OPS (participación comunitaria, recursos humanos, acciones intersectoriales).

## **II. Métodos**

Se llevó a cabo una revisión bibliohemerográfica sistemática intencionada sobre APS en México en las siguientes bases de datos: LILACS, EBSCO, PUBMED, MedicLatina, Medline, Redalyc, ERIC y Scielo, para el periodo

1985-2020. A la par se realizó una búsqueda selectiva del tema sobre las publicaciones impulsadas por la OMS y la OPS.

Se efectuaron 16 entrevistas semi estructuradas a informantes clave con distintos perfiles y con experiencias diversas en temas relacionados con APS, las cuales fueron grabadas en audio, con el consentimiento de los informantes, y transcritas textualmente. El grupo multidisciplinario de informantes estuvo conformado por dos investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública y tres de la UNAM, dos directivos del IMSS Bienestar, personal directivo y operativo de las secretarías de salud de cinco estados, dos consultoras de la OPS y dos enfermeras, una funcionaria de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y otra con experiencia en trabajo de campo desde el primer nivel de atención en la Ciudad de México. Por tratarse de un método cualitativo, de ninguna manera se buscó representatividad. En su mayoría las entrevistas se realizaron por medio de videoconferencias y de llamadas telefónicas.

Se elaboró una guía de entrevistas con diversos temas seleccionados y estructurados a partir de la literatura revisada y textos clásicos a nivel internacional sobre la APS. Los principales ejes temáticos, a partir de los cuales se construyó la guía de entrevistas fueron los siguientes: en términos teóricos, cómo se debe definir la APS en el contexto mexicano; antecedentes de APS; principales desafíos de APS (por ejemplo: el acceso y la cobertura universal, mecanismos activos de participación comunitaria, recursos humanos apropiados, acciones intersectoriales); estrategias factibles a implementar APS a corto, mediano y largo plazo en México, siendo todas las preguntas abiertas.

Al termino de las entrevistas individuales se realizó un grupo focal, en el que se convocó a una sesión con la participación de ocho expertos, cuatro que ya habían sido entrevistados de manera particular y cuatro expertos

nuevos. El perfil de los participantes en dicho grupo fue multidisciplinario constituido por: directivos de tres Servicios Estatales de Salud (SESA), un funcionario de IMSS Bienestar, otro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud uno del Consejo de Salubridad General, un profesor-investigador de la Facultad de Medicina de la UNAM y uno más del Instituto Nacional de Salud Pública.

Los temas abordados se definieron a partir de una primera sistematización de los resultados de las entrevistas, poniendo a debate opiniones contrastantes y buscando llegar a un consenso sobre los principales desafíos y estrategias para la implementación de la APS en México.

Por cuestiones de confidencialidad en ningún momento se identifica al o a la informante, por lo que se les asignó una clave que aparece entre corchetes después de cada testimonio, aun cuando para dar contexto en la mayoría de los casos se hace una referencia general a su perfil, v.gr. “un directivo de una secretaría de salud estatal propuso...”, o “un “profesor investigador afirmó...”.

### **III. Resultados**

Para fines del estudio la mayoría de las opiniones y propuestas de los informantes clave se exponen de manera textual (aparecen en cursivas y en algunos casos editados). De acuerdo con las evidencias encontradas los testimonios se agruparon en siete tópicos, ya que de alguna forma responden a los temas abordados en las entrevistas.

Fueron decenas de opiniones, percepciones y sugerencias las recopiladas en todo el conjunto de entrevistas. El principal criterio para seleccionar lo expuesto en el presente apartado fue mostrar coincidencias, contrastar y

complementar los testimonios de diversos actores que ocupan distintas posiciones dentro del sistema nacional de salud.

## **1. Conceptualización y políticas basadas en APS**

Varios de los informantes coincidieron que en México existe una confusión conceptual entre APS y el primer nivel de atención ya que, de manera equivocada, se utilizan como sinónimos. Bajo este contexto una, profesora investigadora de un Instituto, afirmó:

*Si nos enfocamos al concepto moderno de atención primaria en la salud establecido por la OMS, tendríamos que considerar que tiene atributos muy específicos, por ejemplo, es una atención centrada en la persona, por supuesto de primer contacto, pero ahí la diferencia del primer nivel, porque el primer nivel de atención es solamente la puerta de entrada, pero no necesariamente reúne el resto de los atributos de atención primaria que tendría que ser la integralidad, otorgada por equipos multidisciplinarios que permitan responder a necesidades de salud de estas personas; que sea continua en términos de la atención a lo largo del curso de vida y no atención solamente de un momento; y coordinada al interior del sistema de salud entre los distintos niveles de atención. [PI 4]*

Al respecto, un informante de los SESA, comentó lo siguiente:

*La confusión sigue siendo exactamente igual, los servicios para la atención primaria en salud, están solamente vinculados con el primer nivel de atención y son dos cosas totalmente diferentes porque atención primaria para la salud, podría ser en un hospital, pero no estamos preparados para poder hacer esta diferencia. Mientras se siga llamando primer nivel en atención primaria, pues se le va a quedar al primer nivel la atención primaria y la atención primaria no es solamente agregarle la parte del trabajo comunitario, para nada, es mucho más que eso [SESA 1]*

Un investigador opinó que la APS debe estar centrada en la persona y en las necesidades de la población:

*La APS como concepto, independientemente de dónde se aplique, es una atención que debe ser como un modelo centrado en la persona, no centrado en una atención aislada. La atención primaria debe ser, primero, centrada en la persona, segundo, otorgada de manera integral por un equipo multidisciplinario que*



*puede ser, desde algo tan elemental como un equipo de médico y una enfermera y pudiera hacerse de manera ideal con otros profesionales, como trabajadores sociales, nutriólogos, sicólogos, incluso, rehabilitadores físicos. Atención integral basado en las necesidades de las personas y de la población, no como una respuesta a una demanda aislada y debe tener una continuidad de atención a lo largo de la vida de otras personas. [PI 4]*

Otra confusión más de fondo es que el personal de salud entiende a la APS sólo limitada a las tareas de prevención. Una directiva de los Servicios Estatales de Salud (SESA) consideró:

*Hay una confusión de que APS es sólo prevención, entonces, creo que partir de una aclaración de la APS es integral...es un calificativo muy importante, es fundamental señalar que cuando hablamos de APS tiene que ser de manera integral para diferenciarla de las perspectivas de la APS selectiva. Tiene que entenderse como una estrategia que abarca todos los niveles, múltiples dimensiones y diversos actores de los sistemas de salud [SESA 4]*

Ante el planteamiento anterior, un participante del grupo focal expresó su preocupación por darle baja prioridad al primer nivel de atención.

*Cuando hay esa discusión de que veamos la APS de una forma integral y política en salud en todos los niveles de atención, me preocupa que se pierda la gran prioridad que tiene el primer nivel de atención. Aunque entiendo la necesidad de una visión más amplia de APS. No perdamos la prioridad del primer nivel de atención y su integración con las redes integrales de servicios y su integración con la acción comunitaria. [SPPS 1]*

El director de Salud Pública de una entidad federativa mencionó la importancia de considerar el contexto social y que la APS no debe verse limitada al primer nivel de atención.

*Cuando uno va al análisis desglosado de la definición de APS, encuentras que no es un enfoque puramente de atención, sino, obviamente tiene que ver con un contexto de desarrollo sanitario de los pueblos o de un entorno colectivo y eso ya cambia la perspectiva, así como no nada más en el primer nivel, se puede hacer atención primaria en otros niveles de atención y creo que eso nos hizo perdernos*

*a través del tiempo confundiendo la atención primaria y etiquetándola exclusivamente como una estrategia de prevención. [SESA 5]*

Por su parte, el directivo de un Programa de Salud afirmó que hay un subdesarrollo conceptual de APS en México, particularmente entre el personal directivo.

*A la fecha estamos repitiendo lo mismo que hace treinta años: la atención primaria de la salud son los tres niveles de atención, conceptualmente involucra los determinantes sociales, la participación de la comunidad, la integralidad, lo integrado, etcétera. La APS es un concepto mucho más amplio, que ha tenido un subdesarrollo en México...Los directivos de alto nivel no entienden exactamente que la atención primaria de la salud, es un concepto que va mucho más allá de un nivel de atención. [IB 2]*

El entendimiento homogéneo sobre el significado de la APS fue considerado también como un importante desafío por parte de dos informantes que se desempeñan en cargos directivos dentro de los SESA de dos entidades federativas, lo cual concuerda con los planteamientos expuestos en el apartado 1 de la presente sección.

*Que cada uno de los actores sociales que están involucrados puedan entender lo que es verdaderamente la APS y no acotarla solamente a un objetivo muy individual como si fuera nada más la atención a una persona o familia; poderla dimensionar como una estrategia de desarrollo sanitario colectivo. [SESA 5]*

*Nuestro principal reto es lograr una concepción igualitaria de atención primaria; si tú preguntas a cualquiera ¿qué es atención primaria de la salud?, te va a decir primer nivel de atención y eso ha sido el principal reto. [SESA 2]*

Referente a las políticas basadas en APS, varios de los informantes consideraron al Programa IMSS Coplamar (que a través de diferentes administraciones federales ha cambiado de nombre y actualmente llamado IMSS Bienestar), es tal vez el más completo antecedente de APS

en México. Con el siguiente testimonio se resumen parte de las acciones que se efectúan desde dicho Programa.

*Desde IMSS Coplamar la atención primaria a la salud ha estado presente con algunas modificaciones no en su modelo de atención, sino en sus prioridades. Se impulsaban acciones como el saneamiento básico donde las comunidades participaban para que fueran autogestoras como para tener luz, para tener agua y qué de algún modo hubiera un camino que los acercara a los hospitales, pero enseñamos a la comunidad a qué aprendiera a ser gestores y antes que otra cosa lo que buscábamos era prevención, orientar a la comunidad en temas de salud. Hasta la fecha hacemos lo que llamamos diagnóstico participativo, en donde juntamos a la comunidad y le preguntamos a la comunidad de qué se enferma ahí. [IB 1]*

Un funcionario de los SESA manifestó como referencia importante de APS en México al Programa IMSS Coplamar.

*El único Programa estratégico que tuvo una escala nacional para desarrollar una propuesta de APS fue el IMSS Coplamar, como coordinación nacional del plan para zonas marginadas y de emergencia en el país, estaba coordinada centralmente por la presidencia de la República y todas las dependencias que tenían que ver con desarrollo social en el país. Era como un ente coordinador de los esfuerzos de salud, de obras públicas, de educación, etc., permitían desarrollar proyectos que tenían una perspectiva a nivel local. La propuesta de Coplamar se desarrolló vinculada a un estudio que se hizo muy profundo sobre la marginación en México [SESA 3]*

Otra informante directiva de los SESA, opinó que una política de APS fue la creación de los Sistemas Locales de Salud, durante el sexenio 1986-1992.

*Creo que fue una de las primeras incursiones más fuertes sobre atención primaria de salud, fue en la organización que la Secretaría de Salud tuvo con las jurisdicciones, la creación de las jurisdicciones sanitarias y lograr hacer un trabajo basado en el Modelo de Atención de Salud para Población Abierta [SESA 2]*

Si bien se han elaborado diversas políticas para impulsar modelos basados en APS en México, la historia muestra que han estado lejos de concretarse

en el sistema nacional de salud. Esta cuestión fue formulada de la siguiente manera por dos informantes con perfiles diferentes; una directiva de un SESA y una consultora de la OPS.

*Lo que yo observo en nuestro país es que no ha sido uniforme en todos los estados la estrategia como una política de salud nacional, ha estado en documentos técnicos, pero no ha formado parte de una política en salud social como tal, sino que ha estado inmersa en el discurso, más sin embargo no bien definida como estrategia para poder aterrizar. [SESA 5]*

*El país no avanzó a dar los pasos concretos a fin de materializar la implementación del modelo de atención, por tanto, yo le diría que sí se registra en la historia del sistema de salud mexicano estos hitos, estos intentos por girar el sistema hacia la APS, sin embargo, son intentos que se quedaron en la formulación teórica y en el esfuerzo formal pero no lograron una concreción en la práctica. [OPS 1]*

## **2. Recursos para implementar APS en México**

Entre los desafíos más importantes que se identificaron, algunos tienen que ver con los recursos humanos en salud, tanto lo relacionado con la formación como con su disposición en los servicios y la capacitación de la fuerza laboral. En este sentido, una directiva de los Servicios Estatales de Salud opinó lo siguiente:

*Es el talento humano, la formación de equipos de salud, los profesionales de la salud. Requerimos una transformación, tanto desde la formación universitaria de los profesionales, como una recapacitación, actualización al personal en activo. Se requiere una nueva ética de la salud que incorpore estos valores de la atención primaria en los equipos que son tan importantes y que son multi profesionales, que deben ser interdisciplinarios y que deben funcionar como equipos de salud. [SESA 4]*

Sobre el mismo punto el funcionario de otro SESA aseguró:

*La capacitación a nuestro personal de primer nivel de salud es muy importante, sobre todo evitando el enfoque curativo, sino hacia la prevención. Convencer a las universidades de la necesidad de la*

*formación de médicos, con un enfoque más solidario. Que desde ahí estén conscientes de que no todos van a lograr una especialidad, primero y darles un enfoque formativo hacia la atención primaria de salud, sin dejar a un lado la enseñanza integral. [SESA 6]*

Como parte de las estrategias para implementar APS en México, el tema de los recursos humanos fue recurrente entre la mayoría de los informantes tanto en las entrevistas individuales como en el grupo de expertos. En este sentido algunos de los informantes propusieron formar equipos de salud multidisciplinarios en el primer nivel de atención.

*El médico y la enfermera tienen una función, pero tiene que haber promotores de salud, y dependiendo de la cantidad de gente que atienda en ese centro de salud, hay que irle incorporando personal. Hoy tenemos el deber de que las enfermedades crónicas degenerativas las tenemos que atender y ¿dónde se tendrían que atender más?, desde luego en el primer nivel, pero no solamente en los servicios de salud, tenemos que trabajar con los niños en las escuelas, que es donde podríamos cambiar esta parte. Para eso se requiere que tengamos nutriólogos, sicólogos, etc. [SESA 1]*

*Para poder implementar APS es indispensable la reorganización de los servicios con el personal que se tiene, de tal forma que se puedan conformar los equipos multidisciplinarios y empiecen a trabajar. Actualmente la atención es muy individualizada, el médico atiende al paciente, el grupo de enfermería está en otro lado, el de trabajo social en otro, si hay nutriólogo, nutrióloga, están separados. Hay que integrar los equipos de salud dentro de las unidades de atención, se necesita una reorganización muy bien coordinada, de tal forma que los equipos de salud trabajen de manera complementaria. [PI 4]*

Una consultora de OPS formuló una propuesta muy ambiciosa sobre el perfil de los recursos humanos que se requieren en México para avanzar en un modelo basado en APS.

*Lo que necesitamos son recursos humanos que sean expertos en hacer análisis de la situación de salud, en trabajar con las comunidades, en antropología médica, en estudios e investigaciones cuali-cuantitativa en el terreno que entiendan y mejoren las conductas comunitarias. Necesitamos profesionales de la salud que sean capaces de tener claro*

*lo que pasa en la comunidad y de prevenir y detectar a tiempo brotes epidémicos, factores de riesgo, determinantes sociales y ambientales. También necesitamos un plan serio, no episódico, de educación continua del personal de salud una vez que ya está trabajando dentro del sistema de salud, que sea conducente a una carrera sanitaria. [OPS]*

Otra opinión de un investigador profesor de la UNAM, de alguna manera complementa el perfil anotado líneas arriba, pero enfatizando buenas condiciones de trabajo y el papel de las escuelas de medicina.

*¿Con qué recursos humanos vamos a poder operar una atención primaria como a la que estamos aspirando? Eso requiere, unos salarios y condiciones de trabajo dignos, eso en el mediano plazo, pero en el largo plazo, quiénes van a ser los médicos, enfermeras u otros trabajadores de la salud, porque esa es otra cuestión importante, definir los equipos. Hay que trabajar con las escuelas de medicina para que formen mejores médicos; ofrecer plazas con sueldos muy atractivos para ver si logran atraer a buenos estudiantes. [PI]*

Un informante de los servicios estatales de salud vinculó la necesidad de contar con salubristas junto con estrategias de promoción y redes integrales.

*Los que menos saben de salud pública, a pesar de que yo sea médico, son los médicos. Sabemos de enfermedad, porque estamos formados para atender enfermedades, pero de salud, los salubristas. Los salubristas, es una profesión multidisciplinaria y hay que voltear a la reconstrucción de esa disciplina. La estrategia de APS, es indisoluble, desde mi perspectiva, de la estrategia de promoción de la salud y de la estrategia de redes integradas de servicios de salud. [SESA 3]*

Dos de los informantes de la Secretaría de Salud, uno del nivel estatal y otro federal, pusieron especial énfasis en la necesidad de tomar en consideración el papel de los sindicatos frente a la propuesta del modelo basado en APS pues se perciben como actores que necesariamente se deben tomar en cuenta para evitar que el modelo enfrente serios obstáculos y su implantación pueda llevarse a cabo. Uno de los informantes realizó el siguiente planteamiento:

*En el corto plazo la parte de la reforma laboral es una cuestión fundamental, es el elefante que está dentro de la sala y nos está costando mucho trabajo ver. Sí creo que tenemos que tomarnos esto más en serio, porque sin una reforma laboral clara en el primer nivel de atención y con estos perfiles, va a ser muy difícil avanzar. Entonces podemos hacer los pilotos que sean para probar el modelo, pero al final si lo queremos escalar, va a tener que entrarle a esto con el sindicato y las bases. Hay que verlo como alta prioridad. [SPSS 1]*

Un desafío medular es la disponibilidad de recursos financieros que es considerada por parte de varios de los informantes. Desde distintas aristas, pero con coincidencias, el tema se abordó así:

*Tiene que haber recursos, y así lo han dicho los clásicos de la salud pública, una forma de demostrar que hay voluntad es asignarle más recursos, si no es así, no hay fortalecimiento. [PI 3]*

*Se necesitan cambios normativos que permitan trasladar paulatinamente una proporción mayor del presupuesto al primer nivel de atención y a las intervenciones comunitarias para mejorar la capacidad de resolución de este nivel. [OPS1]*

*Primero es el financiamiento, yo veo cada vez con más espanto, cómo México se va volviendo más hospitalocéntrico, incluso con este tema de la Covid. Creo que los grandes retos para una APS efectiva en México, empiezan primero por la disponibilidad de recursos financieros [OPS 2]*

*Por más voluntad política que haya, que existe actualmente y creo que hay una oportunidad histórica de fortalecer la atención primaria en este país, si no asignamos recursos que realmente se traduzcan en una mejor atención, incluyendo la cobertura universal [PI 1]*

En el grupo de expertos uno de los participantes, planteó la importancia de que los recursos destinados para la APS sean bien administrados.

*También tiene que ver con la forma en que los recursos se irán incorporándose gradualmente para ir atendiendo a cada uno de estos propósitos y proyectos. No necesariamente nuevos recursos hacen más efectivo el primer nivel. No necesariamente una mayor cantidad de recursos en APS va a hacer que la APS camine. Aquí hay una necesidad de exploración también de cantidad y calidad de*

*gasto, es un tema fundamental en el momento de llevar al terreno de los hechos todo esto. [CGS 1]*

### **3. Regulación y gobernanza**

Otro gran desafío clave es el transitar de un esquema conceptual sobre APS, muy completo y con una teoría sólida, a la práctica cotidiana de la prestación de servicios de salud, en las diferentes instituciones y en los distintos niveles de atención. El directivo de un Programa lo planteó de esta manera:

*Tenemos un esquema meramente conceptual que no ha logrado traducirse en un esquema operativo. Eso me parece sustancial. El tema es poder traducir para, no solamente los tomadores de decisiones, sino los operadores de los Servicios de Salud, cómo traducimos la APS al trabajo diario que hacen los prestadores, independientemente del nivel de atención y la vinculación que hagan en su trabajo y la necesidad de hacer otro tipo de enfoque más allá del meramente asistencial. Creo que el dilema aquí es cómo vamos a operativizar... parece que uno de los grandes retos no es contar con un enfoque esquemático teórico, sino que es un modelo básico de operación del sector [IB 3]*

Una enfermera con muchos años de experiencia en trabajo de campo en zonas marginadas de la ciudad de México, resumió el punto anterior en una frase: *hemos tenido muchos planes sobre APS, mucha teoría, la cuestión es que no se ha podido llevar a la práctica. [E 2]*

En el mismo sentido, un profesor investigador de la UNAM consideró que un desafío seguirá siendo concretar un modelo basado en APS, lo cual implica una previa reconstrucción del sistema de salud.

*Identifico políticas en el papel, que tienen la inspiración de APS en realidad no recuerdo en este periodo [30 años] que haya habido alguna que explícitamente hubiera querido transformar el modelo hospitalocéntrico en un modelo tipo APS. Ni el MIDAS ni el MAI fueron implementados en toda su extensión, fueron esbozos. Si quieres realmente establecer un modelo de APS tienes que reconstruir por completo el Sistema de Salud, por lo menos el Sistema público, porque de otra manera son esfuerzos muy*



*puntuales que por momentos funcionan, algunos ni siquiera pasan a la implementación y se quedan ahí, lo que terminan haciendo es alimentar la estructura del hospitalocéntrico que prevalece. [PI 2]*

Otro desafío considerado por distintos informantes, tiene que ver con la voluntad política de los tomadores de decisiones en distintos niveles. Una profesora investigadora, expuso que junto con la voluntad política en general se debe generar una política nacional sobre APS, la cual no existe y debe construirse.

*Para establecer un modelo de atención primaria, tiene que ser un modelo que verdaderamente se centre en una política nacional sobre APS para todo el sistema de salud. Creo que ahí hay uno de los principales desafíos y a lo mejor el primero, es establecer cuál va a ser la política de atención primaria, porque la voluntad política está muy bien, pero cuál va a ser la política, en este momento no hay una política. ¿Quién es el órgano rector para la atención primaria dado el sistema segmentado que tenemos? ¿Cómo se está pensando esta política de atención primaria? [PI 4]*

Un informante que se desempeña como investigador profesor de la UNAM ligó aspectos relacionados con el entendimiento de APS, la operación de dos niveles de atención, y un tema específico considerado por el informante como político.

*Los desafíos los pondría en tres grandes bloques. El primero, que quien opera el sistema realmente entiendan qué es APS y cómo se debe implementar. El segundo tiene que ver con un aspecto operacional, como lo ejecutas en términos prácticos; cuánto dinero le metes, como diferencias la dispersión del dinero entre el nivel hospitalario y el primer nivel de atención; que es lo que realmente refuerzas en el primer nivel de atención para aumentar su capacidad de respuesta. El tercero es el político, porque de alguna manera al mover dinero se crean muchos intereses que tienden a mover el foco de lo que es el objetivo de todos los recursos [PI 2]*

De acuerdo a dos informantes, uno de los principales desafíos es la integración del sistema nacional de salud, cuestión central en la regulación y gobernanza.

*Reducir sus altos niveles de segmentación del sistema de salud. La única manera de avanzar en un sistema de salud basado en la APS, es tener un sistema único, con lo mismos protocolos, con la misma dinámica que se coordine en el territorio [OPS 1]*

*El caso de la pandemia que hemos enfrentado nos ha mostrado cómo es posible que podamos ofrecer un modelo de atención integrado en el que participan otros sectores para poder atender la emergencia. Habría que recuperar la experiencia del IMSS Coplamar como coordinación general y como modelo de atención. Lo que hay que hacer es la esencia de la atención primaria de la salud y es formar a nuestra gente, a directivos y operativos en APS como estrategia y proporcionar las herramientas para un abordaje integral de los problemas de salud, además de la vinculación con otros sectores de las instituciones gubernamentales. [SESA 3]*

Un experto propuso:

*Lo primero que hay que hacer en el corto plazo, es empezar por un modelo que esté basado en lo que ya ha funcionado en este país, por ejemplo, retomar la estrategia de los SILOS. En el mediano plazo habría que pensar en fechas tentativas, quizá hacer algunos pilotos en algunos estados. Porque debemos de tomar en cuenta la heterogeneidad que existe en este país. No podemos hacer un solo modelo para todo el país. Ya tenemos experiencia en que eso no funciona. Habrá cosas comunes, pero en general, el mismo paquete de servicio o la cobertura, no puede ser la misma. [PI 1]*

#### **4. Prestación de servicios y Redes**

Una de las enfermeras entrevistadas resaltó la importancia resolutoria del primer nivel de atención.

*Otro gran reto, que tengamos la capacidad de responder en el primer nivel para darle seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas y obviamente no haya una complicación que eche a perder el esfuerzo de un tercer nivel [ENF1]*

Respecto a la universalización de los servicios, un informante consideró que, en lugar de pensar en hospitales universales, sean unidades de primer nivel que atiendan indistintamente a cualquier persona y no

necesariamente limitar los servicios a la población con enfermedades crónicas.

*Sí podríamos tener atención no solamente en enfermedades crónico degenerativas, que tal vez en el primer nivel podríamos tener de manera universal sin adscripción a derechohabiencia ni a la parte laboral y ahí, realmente tener el componente más universal de atención para todas las personas y aunque posiblemente seguir con segundo y tercer niveles ya de forma diferenciada o por institución. Creo que se había pensado al revés, construir hospitales universales, pero creo que, si podemos irnos dirigiendo hacia una universalización de los servicios en el primer nivel, sería un gran logro. [SPSS 1]*

Una informante propuso la creación de redes de servicios con el suficiente personal de salud.

*El otro aspecto es, poner en marcha las redes integradas de servicios de salud con una capacidad resolutive a través de la referencia y contra referencia, necesitamos ver cómo nos integramos más como sector, el funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud y fortalecer el papel de los profesionales de la salud, lo cual implica muchas cosas, en particular en enfermería, primero el gran déficit que tenemos de enfermeras. [ENFI]*

## **5. Acciones intersectoriales**

Respecto a este tema una directiva de los servicios de salud de los estados propuso trabajar estrechamente con las autoridades del nivel municipal.

*Dentro de las acciones que quizás nos lleven a una posición más favorable para poder implementar esta estrategia de APS, justamente es la de trabajo municipal. Al trabajar con los municipios genera a las acciones una parte de apropiación muy importante del problema para todo el mundo y creo que una de las situaciones que hacen falta, es dejar a un lado la concepción de que los problemas de salud, sólo son de la Secretaría de Salud o del IMSS o del ISSSTE. [SESA 2]*

En el mismo sentido del trabajo intersectorial, se propuso trabajar estrechamente con el sector educativo.

*El sector educativo es fundamental porque aglutina y hay escuela en todos lados y un personal que es muy reconocido que son los maestros, si los educamos en salud, si les damos cuando menos lo básico. Es una parte que se puede integrar con salud y educación que llegamos prácticamente a todos lados. [SESA 6]*

Dos informantes con perfiles profesionales muy diferentes, coincidieron en que el trabajo intersectorial debe impulsarse de manera extensa, no limitado con una sola institución, sino de manera multifactorial.

*En salud la responsabilidad no debe verse como únicos responsables, sino hay que hacer proyectos integrales de desarrollo comunitario, de desarrollo sanitario y yo creo que tenemos que aprender a ver con una perspectiva de desarrollo sanitario más que puramente quedarnos en la atención a la enfermedad. Así es, son estrategias que pueden aterrizar en una escuela, pero si los hábitos y costumbres no cambian en casa, de nada sirve. [ENFI]*

*No puede haber salud sin buena alimentación, sin suministro de agua potable, sin un ambiente saludable, etc. Entonces tienen que hacerse alianzas federales con las instancias que tienen a su cargo los servicios que va a incorporar el modelo de atención. [PI5]*

## **6. Participación comunitaria**

En cuanto a la participación comunitaria la mayoría de los informantes coincidieron en su gran relevancia, considerándola como un factor esencial de la APS que debe enfocarse desde una perspectiva de responsabilidades compartidas. Bajo este contexto, una funcionaria de los SESA afirmó que:

*No solamente es indispensable que la participación comunitaria esté presente en este modelo, es parte de sí mismo, pero, hay que repartir responsabilidades de salud. Los responsables de salud no somos las instituciones de salud exclusivamente, quizá la rectoría la tengamos nosotros pero hay muchísimos ejemplos de cómo los responsables son la propia población y es la gente en el autocuidado de su salud y justo en aquellos tiempos, cuando los SILOS, cuando teníamos esa estrategia de la participación comunitaria, la gente participaba en el auto cuidando su salud, obviamente no tuvimos todos los elementos*

*para que esto pudiera progresar y se desvirtuó al paso de los años.*  
[SESA 2]

Otro de los informantes, directivo de la Secretaría de Salud Federal, ligó la participación comunitaria con el fortalecimiento del primer nivel de atención.

*¿Cómo vamos a hacer que el primer nivel se conecte con las redes integrales de cobertura y se conecte con una parte, que yo creo que es el principal desafío, es que se conecte con la acción comunitaria? La acción comunitaria está muy debilitada...tal vez en ambientes rurales se puede fortalecer, en ambientes urbanos es mucho más complicado...Lo primero debe ser fortalecido es el primer nivel de atención, que es el que le resuelve los problemas de salud a la persona, para poderse vincular a las acciones comunitarias que se requieran hacer. Fortalecer el primer nivel de atención, su integración en la red de servicios y su integración en la comunidad... [SPPS 1]*

Dos informantes de distintos SESA refirieron la importancia que en el pasado tuvieron los comités de salud, los cuales fueron anulados prácticamente con el Seguro Popular. La propuesta fue retomarlos evitando malas prácticas como el clientelismo.

*Una de las formas habituales muy trabajadas y reconocidas son los comités de salud en los centros de salud, que incluso en zonas urbanas se mantuvieron durante cierto tiempo. Desaparecieron en gran medida con el Seguro Popular. Es importante señalar la dinámica de esos comités de salud, o sea, es muy importante que esta participación, no sea la vieja participación clientelar, que es muy frecuente o la participación utilitaria de la comunidad para resolver problemas que tendría que estar resolviendo la unidad de salud y que, por carencia de recursos, pues el comité de salud se hace cargo de una serie de cosas*  
[SESA 4]

*Si algo hizo el seguro Popular fue quitar la participación comunitaria. Es decir, la gente participaba enormemente en los centros de salud y cuando llegó el Seguro Popular, por alguna razón se fue perdiendo esta participación, aunque todavía existían como delegadas, como representantes del Seguro Popular y con ellas se trabajaba mucho. Hoy*

*tenemos que volver a retomar esa parte de la participación comunitaria [SESA 1]*

Otro de los informantes discrepó en general con los planteamientos anteriores, ya que consideró que en ocasiones los comités de salud se limitan a las unidades médicas y no se involucran en otras acciones comunitarias.

*El problema con los comités de salud la desvinculación con otras formas de participación comunitaria que posiblemente tienen mucha más fuerza y a veces se piensa que el liderazgo en salud, va a mover a la comunidad en ciertas cosas y cuando a veces, son otras las necesidades que la población. Hay que identificar dónde se está fortaleciendo la participación comunitaria e insertar en esos, los componentes de salud. Ahí es donde los comités de salud de cada centro de salud tienen poco impacto, porque precisamente están desvinculados de las figuras centrales de participación comunitaria que posiblemente existen y que no necesariamente están coordinadas por el centro de salud. [SPPS 1]*

Un directivo de un Programa de Salud afirmó que sobre la participación comunitaria no hay una fórmula única y que es necesario buscar variantes de acuerdo al contexto social.

*Hay que adaptarla de acuerdo a cada lugar. No es la misma forma que operamos en Yucatán que en la Sierra Tarahumara, sí tienen ciertas particularidades y ahí sí es importante la participación de la gente, de la estructura comunitaria, de las autoridades locales que nos ayudan justamente a traducir el esquema de atención....También tratamos de adaptar el modelo de atención integral, pero siempre pensando en la presencia de los comités de salud, de la participación de las comunidades locales y el involucramiento de otros actores, incluso en las grandes ciudades, en zonas de difícil acceso, puede ser aplicable, no de la misma manera, pero uno de los retos es el vínculo con las comunidades, identificar a los líderes a través de los cuales ir incorporando a la comunidad [IB 3]*

Finalmente, se aseguró que existe voluntad de las comunidades para participar y que debe de entenderse desde la Secretaría de Salud a nivel federal.

*No es que la comunidad no quiera trabajar ni participar, eso es mentira, es que no se le convoca al trabajo y solamente se le pide su colaboración cuando conviene. Si no hay una visión desde la propia Secretaría de Salud a nivel federal de la importancia que tiene el trabajo con la comunidad, estamos perdidos. [PI 5]*

## **7. El Seguro Popular y la APS**

Este punto no se abordó explícitamente en las preguntas de las entrevistas, pero resulta interesante observar que durante las mismas surgieron 34 menciones sobre el Seguro Popular (SP) por parte de algunos informantes, la mayoría de las alusiones al SP (32) le atribuyeron la anulación de la participación comunitaria, (como ya se mostró en el apartado 6 de esta sección).

Sólo dos de los informantes se refirieron al SP y su relación con la APS. Uno de ellos planteó que de alguna manera el SP contó con dos modelos de atención de alguna manera basados en APS pero que en la práctica no se concretaron. Aseguró que:

*Con el Seguro Popular no era tanto APS, pero sí tenía este modelo que habían creado y que nunca implementaron que era el MIDAS con inspiración de fortalecer primer nivel de atención para generar un mejor flujo de la demanda de atención a través del sistema y últimamente el Modelo Ampliado Integrado de Atención, el MAI, pero ninguno de los dos fue implementado en toda su extensión. (PI2)*

El segundo informante que tocó el tema afirmó que con el SP se alejó la atención integrar de la salud al limitarse a proporcionar atención médica selectiva. Así lo dijo:

*La lógica de la atención primaria no es la provisión de servicios médicos exclusivamente y algo que hizo el Seguro Popular fue justamente impulsar la idea de que solamente se trataba de servicios de atención médica y eso ha ido desmantelando la respuesta integral sobre salud en el país, porque había una respuesta muy efectiva que fue demostrada con erradicación de enfermedades prevenibles con*

*vacunación, con controles de enfermedades endémicas y epidémicas en otra época. Se transformó en un modelo de atención selectiva a través de un seguro que no estaba cubriendo las otras intervenciones de salud pública [SESA3]*

#### **IV. Conclusiones y recomendaciones**

Con los diversos testimonios presentados en el apartado de resultados, de ninguna manera se busca agotar la discusión sobre los distintos tópicos abordados en el estudio. En el mismo sentido, las conclusiones no son tajantes, ni pretender ser las únicas sobre la APS en México y sus principales desafíos. Hay que considerarlas, simplemente, como un punto de referencia que permita ir generando ideas consensuadas sobre lo que debe entenderse por APS, sus desafíos y algunas estrategias generales para su consumación en el sistema nacional de salud y para el reforzamiento de la implementación del Modelo de Salud para el Bienestar.

- Se considera como un desafío de gran importancia la integración funcional del sistema nacional de salud. La actual fragmentación y segmentación del sector es un obstáculo para avanzar en la integración. Sería un gran avance en la integración si, por lo menos, se lograra la portabilidad, un modelo basado en APS y estándares de calidad homogéneos en el primer nivel de atención, entre las distintas instituciones del sector.
- Consolidar programas sectoriales en salud, incluido el modelo de salud, más allá de cada sexenio buscando continuidad en las políticas y prácticas exitosas.



- Es necesario destinar mayores recursos financieros para el reforzamiento de primer nivel de atención, mejorar su infraestructura y para la conformación de equipos multidisciplinarios de salud.
- Capacitar, actualizar y sensibilizar de manera permanente sobre APS a todo el personal directivo y operativo de los servicios de salud.
- Como parte fundamental del modelo basado en APS, crear las redes integrales de servicios de salud con la participación activa de las diversas instituciones del sector.
- La APS es una estrategia esencial para alcanzar la cobertura universal. La disyuntiva no es si primero una y luego la otra, deben ser objetivos paralelos.
- La participación comunitaria es un factor fundamental para el éxito de un modelo basado en APS. Debe ser consiente, organizada y sin propósitos clientelares ni paternalistas. Para potenciar esta participación sería útil recuperar experiencias de los antiguos comités de salud.
- Como parte de la APS es necesario fomentar un trabajo intersectorial donde las diversas instituciones asuman de manera coordinada sus responsabilidades y romper el paradigma de que los temas de salud pública y sus determinantes sociales solo competen al sector salud.
- Una de las principales experiencias relacionadas con modelos basados en APS en México, ha sido el Programa IMSS Coplamar (hoy IMSS Bienestar), del cual se pueden retomar estrategias para instrumentar en otras instituciones del sector salud.
- Resulta necesario revisar el número y el perfil de la formación de diferentes categorías de recursos humanos, (en especial médicos

generales) para formarlos con nuevo enfoque de APS y no medicalizado.

- Impulsar la formación de gestores de salud a nivel básico dirigido a personas originarias o habitantes de las propias comunidades.
- Reforzar la educación en salud de la población en general para revertir la idea de la medicina curativa.

## **Anexo I. Resultados de la revisión bibliohemerográfica**

### **Presentación**

Como parte del estudio realizado en el INSABI sobre Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México, se realizó una revisión de la literatura sobre el tema. Dicho estudio contempla diversas actividades, entre las cuales se efectuaron entrevistas con informantes clave, mexicanos y de la Organización Panamericana de Salud y se llevó a cabo un Grupo Focal con expertos. El material bibliográfico encontrado se expone en orden cronológico. Asimismo, se incluyen por separado tres publicaciones de la OMS/OPS que se consideran medulares para entender el planteamiento teórico conceptual de la Atención Primaria de Salud. Sobre cada documento se hace una referencia bibliográfica y se incluyen **textualmente**, de manera resumida, las principales conclusiones del artículo o documento en cuestión.

### **Resultados**

Se localizaron 19 trabajos sobre APS en México (18 publicados en México y uno en la Revista Cubana de Salud Pública). Sin duda es un número muy limitado de textos; 19 en 25 años, y si se restan los 3 documentos oficiales sobre los modelos de atención el número se reduce a 16. Lo anterior es un resultado en sí mismo, que muestra el bajo abordaje sobre APS y la falta de interés en el tema por parte de tomadores de decisiones e investigadores de salud pública e instituciones académicas.

Los posibles tópicos que se podrían trabajar sobre APS pueden ser variados, por ejemplo: su planteamiento conceptual y factibilidad en el contexto del sistema nacional de salud mexicano, su aplicación, su evaluación, su conocimiento y aceptación entre el personal de salud, su inclusión en planes y programas de estudio en las ciencias de la salud. Estos temas y varios más se encuentran prácticamente ausentes en la literatura nacional.

A pesar del bajo resultado cuantitativo, en los textos reportados se pueden encontrar distintos e interesantes planteamientos conceptuales como empíricos y/o estratégicos sobre APS en México y el sistema nacional de salud.

Como ya se mencionó, entre el total de textos se incluyeron tres documentos oficiales que exponen distintos modelos de atención a lo largo de los últimos 25 años, en los cuales se asegura que están inspirados en los principales postulados de APS formulados por OPS/OMS. Se trata del Modelo de Atención de Salud para la Población Abierta (MASPA) que se inició en 1985 y se reforzó en 1995; otro es el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) elaborado en el sexenio 2000-2006 y adoptado hasta el 2012 (en el cual se afirma que no es sustitución del MASPA, sino un reforzamiento de ese modelo inicial); y el tercero es el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) dado a conocer por la Secretaría de Salud en el año 2015. En los tres el centro de las propuestas, en efecto, es la APS, con variantes en aspecto estratégicos. Por ejemplo, en el primero el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y de las Jurisdicciones Sanitaria, es un aspecto clave; mientras que en el segundo la acción integradora es eje importante del modelo. En general, el problema a lo largo de más de dos décadas ha sido la implementación ya que en la práctica el sistema de salud mexicano ha estado históricamente fragmentado, segmentado, centrado en el aspecto curativo y en una excesiva medicalización.

Por otra parte, dentro de la literatura revisada, resulta interesante el artículo de Kumate, et.al. sobre la enorme importancia de los SILOS y APS, dejando absolutamente a un lado la política de descentralización emprendida por Soberón en el sexenio 1982-1988.

Otro trabajo que llama la atención es el encabezado por Juan Rivera, publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública, donde de manera implícita se encuentra una confusión conceptual entre el primer nivel de atención y la APS. Se trata de un texto extenso que nunca marca las diferencias, a pesar de que se enfoca en varios aspectos que son incluidos en la concepción de APS.

En su artículo Alejandra Giraldo y Consuelo Vélez, hacen una revisión de como se ha venido trabajando la APS en diversos países de AL y cuando se refieren al caso de México se asegura que **no hay una política al respecto**. Identifican de manera puntual diversas **barreras** para los sistemas de salud que pretenden basarse en APS: la segmentación de los sectores público y privado, la falta de sostenibilidad financiera, la reducción de las desigualdades en salud, la participación comunitaria limitada, la escasa continuidad de las políticas de salud, la rectoría y el liderazgo estatal débil, la ausencia de evaluación de los resultados de la estrategia y la falta de flexibilización en la gestión que permitan la adaptación a cada realidad y contribuyan a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y

niveles asistenciales, entre otros aspectos. (Como se puede apreciar las barreras identificadas por estas autoras tienen una gran coincidencia con las mencionadas en las entrevistas con informantes clave y también en la sesión del Grupo Focal con expertos).

En su artículo Angélica Ramírez plantea claramente que existen diversas razones que justifican la adopción de una estrategia renovada en cuanto de la APS, entre ellos destaca los siguientes: hay nuevos desafíos epidemiológicos que se deben identificar y atender, la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes del sistema de salud, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS, y el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

Otros trabajos, no menos interesantes, se incluyen como parte de los resultados de la revisión bibliográfica. Se podría afirmar que lo expuesto en el presente anexo es el Estado del Arte actual de la literatura sobre APS en México.

### APS México

Referencia bibliográfica	Conclusiones
<p>[1] Hevia Rivas P. Participación de la comunidad en la atención primaria de salud. Salud Pública, 1985; 27: 402-409.</p>	<p>Se analizan algunos antecedentes, así como las características básicas de la atención primaria de salud, estrategia válida para alcanzar la meta social de Salud para Todos en el Año 2000. En dicho contexto, se señalan conceptos, características y experiencias de participación de la comunidad en salud. En un intento preliminar de sistematizar los valiosos aportes modo, se sintetizan algunos aspectos que pueden considerarse recomendables para la formulación de estrategias sobre la participación de la comunidad. Finalmente, se presentan las bases metodológicas para la puesta en práctica de una auténtica promoción en salud familiar y comunitaria, que incluya como componente fundamental para la participación de la comunidad en la atención primaria de salud integrados por muchos equipos locales de salud.</p>
<p>[2] Loewe Ricardo. Atención primaria a la salud: revisión</p>	<p>La atención primaria a la salud es incuestionablemente una propuesta estratégica racional, quizá la única viable y factible en la</p>

<p>conceptual. Salud Pública, 1988; 30:666-675</p>	<p>situación actual de nuestros países en vías de desarrollo. Sin embargo, su puesta en práctica debe garantizar una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de la población más desprotegida. Equidad no significa simplemente que todos tengan algún servicio, sino que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceder al servicio que requiera, ya sea del primero, segundo o tercer nivel de atención; ya sea de promoción de la salud, de protección específica o de atención médica oportuna.</p> <p>Por ello debemos plantear la estrategia de la APS en su sentido original, esto es, de incluir en ella toda la gama de servicios de salud existentes en el país. Sólo así podremos hacer frente a los riesgos que implica la crisis para la salud.</p>
<p>[3] Marco José, Kumate Jesús y Bernard, Alicia. La atención primaria de salud como instrumento de desarrollo en México. Salud Pública, 1989; 31:177-184.</p>	<p>La complejidad que representa el estudio y la puesta en práctica de la APS, debido al número de variables que la determinan, representa un reto, una voluntad política y una congruencia presupuestal. El impacto económico, demográfico, de educación y de otros factores de bienestar social relacionados con la APS son temas aún poco entendidos.</p> <p>La APS parece alcanzar su óptimo siempre que las poblaciones sobrepasen un cierto umbral de desarrollo. Es probable, sin embargo, que existan efectos sinérgicos entre la APS y el desarrollo.</p> <p>Asimismo, con base en algunos resultados de la investigación epidemiológica se han ilustrado algunas características de la naturaleza de la APS. Así, por ejemplo, se ha señalado el hecho de que el porcentaje de cobertura no siempre está relacionado en forma lineal con la salud de los individuos de una comunidad. Se mencionó también en este trabajo que los procesos de APS pueden ser reversibles, lo cual exige estudios más detallados sobre la estabilidad de las intervenciones para garantizar que la APS sea un instrumento de desarrollo, ya que ésta debe ser una inversión y no un gasto.</p> <p>De esta manera algunas de las variables que pueden ser de relevancia para la evaluación de la estrategia de APS son: grado de desarrollo de las comunidades a intervenir (grado de educación, ingreso familiar, etcétera); calidad y cobertura de la atención; intervención selectiva versus</p>

	intervención de masas, y estabilidad de los efectos de las acciones.
[4] Valencia Gustavo, Marco José y Serrano. Olga. Indicadores compuestos para la atención primaria a la salud. El caso de México. Salud Pública, 1990; 32:552-565.	El concepto de APS se toma e impulsa en México como el conjunto de acciones científicamente fundadas, social y culturalmente aceptables y económicamente factibles que lleven servicio a toda la población y que incluye al menos las siguientes actividades: atención al parto, y planificación familiar, orientación nutricional, atención de urgencias, provisión de agua y eliminación adecuada de desechos, educación para la salud, distribución de medicamentos esencial. Cuidado de atención prenatal, puericultura, vigilancia del crecimiento, vacunación con BCG, vacunación con DPT, diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas, atención de la enfermedad terminal, instalaciones, consultas, hospitalizaciones, facilidades sanitarias.
[5] Durán Lilia, Frenk Julio y Becerra José. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Salud Pública, 1990; 32:181-191.	Se encuentran serias deficiencias en la calidad de la atención en general, con variaciones según el motivo de consulta, el tipo de unidad en la que se prestó el servicio, etcétera. Se presentan algunas recomendaciones de cambio estructural en los servicios de salud y de educación médica para mejorar la calidad. Con las incógnitas ¿Qué aspecto de la educación médica debe ser fortalecido para favorecer la adquisición de hábitos permanentes en la práctica clínica que aumenten la calidad de la atención? ¿Qué servicios deben ser reestructurados o reorganizados para favorecer que el médico pueda dar una atención de la más alta calidad?
[6] Kumate, Jesús et al. Fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias. Salud Pública de México, 1994; 36, 673-693.	En México el Proyecto de Desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias (PDJS) ha jugado un papel fundamental, toda vez que su misión y objetivo es el de fortalecer a las jurisdicciones sanitarias como las instancias coordinadoras de los SILOS en el territorio nacional. Es por la vía de este proyecto que las jurisdicciones sanitarias pasaron de ser instancias con grandes limitaciones técnico-administrativas, a organismos con capacidad para programar, dirigir y evaluar los programas de atención médica para la población no asegurada, así como para coordinar las acciones de salud pública y asistencia social, tanto con las instituciones que en el ámbito local integran el Sector Salud, como

	<p>con aquellos organismos de otros sectores que están involucrados en la atención de salud.</p>
<p>[7] Secretaría de Salud. Modelo de Atención de Salud para la Población Abierta, México, 1995.</p>	<p>El Modelo fundamenta sus acciones en la estrategia de Atención de la Salud (Alma-Ata, 1978) entendida como una forma de atender a la salud puesta al alcance de todos los individuos y las familias de una comunidad por medios que les sean aceptables con su plena participación y un costo accesible para la familia, la comunidad y el país. Elementos fundamentales para la organización y la prestación de los servicios son la coordinación interinstitucional e intersectorial, la atención a la salud familiar y la participación activa de la comunidad y la interrelación de los recursos comunitarios e institucionales en la prestación de los servicios.</p> <p>Con el enfoque integral del Modelo, los servicios incorporan acciones de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; se considera que la salud y la enfermedad son fenómenos dinámicos determinados por factores físicos, biológicos, psicológicos y sociales y atención, se dirige al individuo, a la familia y a la comunidad en todo el proceso de salud-enfermedad.</p> <p>El Modelo incorpora y compromete a la comunidad y a todos los prestadores de servicios y responsables de los mismos incluyendo a las autoridades municipales en actividades de diagnóstico, planeación, gestión de recursos, implementación y evaluación: además el modelo es fácilmente modificable y permite las innovaciones pertinentes.</p> <p>La estrategia de APS requiere para su adecuado desarrollo de los sistemas locales de salud, el fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias, así como impulsar la iniciativa de Municipios para la salud.</p>
<p>[8] Santacruz Javier, et.al. Un modelo operativo de servicios de atención primaria a la salud con médicos y técnicos, Gac Méd Méx 1995, Vol. 131 Nos. 5-6.</p>	<p>El Modelo Operativo de Servicios de Atención Primaria a la Salud, surgió como una necesidad de brindar Servicios de Salud a una población de pobreza extrema y sin seguridad social, ubicada en el Municipio de Chimalhuacán, en el Estado de México.</p> <p>El presente artículo describe los aspectos conceptuales de organización y de operación de un modelo innovador, cuya característica principal es su reorganización funcional, al Incorporar a técnicos en atención primaria previamente capacitados,</p>



	<p>para brindar atención sobre los problemas de salud prioritarios de la región.</p> <p>La unidad básica de organización de este modelo, es el Módulo Básico de Atención Primaria, formado por un médico y cinco técnicos, con capacidad para atender potencialmente a 15 mil habitantes Este modelo ofrece una alternativa para utilizar óptimamente los recursos humanos disponible y la infraestructura existente. Por último, se destaca la importancia y seguimiento de la supervisión y de la evaluación del modelo.</p>
<p>[10] Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud, México, 2006, Segunda edición</p>	<p>El Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) establece los lineamientos generales de un nuevo paradigma de atención de las necesidades de salud de nuestra población. Se trata de un modelo consistente con una reforma que fortalece la demanda, es decir, que fortalece la capacidad de decisión de los usuarios de los servicios; responde a una realidad epidemiológica caracterizada por un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones; reconoce la diversidad cultural de nuestra población, y ve en la pluralidad de prestadores de servicios de salud una fortaleza del sistema. Es importante señalar que el MIDAS recoge la experiencia de otros modelos de atención que se han desarrollado en los niveles federal y estatal tanto en las instituciones de seguridad social como en las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada. Su antecedente más inmediato en la Secretaría de Salud es el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), que se diseñó en 1985, y se revisó y actualizó en 1995. Este nuevo modelo, que no pretende sustituir al MASPA sino proporcionar el marco integrador que permita adaptarlo a las nuevas exigencias, normará la prestación de servicios en los Servicios Estatales de Salud y aspira a convertirse en guía de la operación de servicios en todas las unidades y redes del sector. Su adaptación a las condiciones locales – epidemiológicas y de los servicios de salud– será responsabilidad de cada entidad federativa.</p>

	<p>Lo que busca este modelo de atención es crear las condiciones para que todas las unidades, instituciones y sectores del sistema mexicano de salud trabajen, sin fusionarse, de manera coordinada para garantizar una atención pronta, efectiva, segura, continua, centrada en el paciente y respetuosa de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud.</p>
<p>[11] Ávalos García, María Isabel. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario, 2010; 9 (1),9-19.</p>	<p>El documento presenta la conceptualización de la calidad de la asistencia médica, las tendencias más recientes, el ciclo de mejora continua de la calidad en salud, los conceptos, métodos e instrumentos que se emplean para la evaluación de la calidad en salud y sus particularidades. La atención primaria a la salud está en constante renovación, lo que incluye no solamente cómo se organizan los servicios, sino también su extensión, complejidad y oportunidad. Numerosas intervenciones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento han bajado desde el segundo y tercer nivel de atención, y ahora forman parte natural de los servicios del primer nivel. La significación contemporánea del papel de la atención primaria, no reside sólo en su impacto en la salud de las personas y la población, sino también en lo que tiene que ver con la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, lo que está estrechamente relacionado con calidad del servicio. La evaluación no sólo brinda los elementos requeridos para determinar si los procesos sanitarios se están desarrollando de acuerdo con las políticas, estrategias, normas o estándares sino que además crea el espacio y la información suficientes para facilitar a la gerencia, las decisiones oportunas para rectificar las fallas o para introducir aquellas innovaciones que permitan ascender a niveles superiores de desempeño.</p>
<p>[12] Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010, INSP, 2011</p>	<p>La transición epidemiológica por la que atraviesa el país y la reciente creación del Sistema de Protección Social en Salud exigen una mayor variedad de servicios y una cobertura de toda la población sin seguridad social. No se requieren muchas más unidades, sino mejores servicios de atención primaria a la salud (APS)... La recuperación económica del país de los años ochenta, asociada al incremento de los ingresos petroleros, permitió fortalecer los servicios de salud públicos, pero ahora con un fuerte énfasis</p>

	<p>en la APS... La APS tuvo un nuevo impulso con la creación, en los años noventa, del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura y el Programa Oportunidades. Este informe está dividido en ocho capítulos: I) diagnóstico; II) estudio de caso; III) infraestructura física; IV) equipamiento; V) recursos humanos; VI) sistemas de información; VII) medicamentos y VIII) sistemas gerenciales.</p>
<p>[13] Giraldo Osorio, Alejandra y Vélez, Consuelo. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina, Aten Primaria, 2013;45 (7): 384-392</p>	<p>Los sistemas de salud de los países latinoamericanos en su mayoría <b>presentan los siguientes desafíos</b>: dotar a los sistemas de salud con talento humano en número suficiente y capacitado, superar la fragmentación/segmentación de los sistemas de salud, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, reducir las inequidades en salud, ampliar coberturas, prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico y aumentar la capacidad resolutive del sistema público de salud.</p> <p>Diversos estudios reportan que, para alcanzar sistemas de salud basados en la APS, se deben superar barreras como la segmentación de los sectores público y privado, la falta de sostenibilidad financiera, la reducción de las desigualdades en salud, la visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo, las reformas de salud que han dividido a la población, la participación comunitaria limitada, la escasa continuidad de las políticas de salud, la rectoría y el liderazgo estatal débil, los recursos humanos insuficientes en número y capacitación, la falta de capacidad resolutive, de coparticipación y corresponsabilidad de los integrantes del equipo, la ausencia de evaluación de los resultados de la estrategia y la falta de flexibilización en la gestión que permitan la adaptación a cada realidad y contribuyan a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales.</p>
<p>[14] Casas Patiño, Donovan, Alejandra, Rodríguez Torres, Alejandra, Isaac. Atención primaria en salud: concepto o</p>	<p>La atención primaria en salud es un sistema cuya orientación depende de cada país, adecuándose a sus problemáticas de determinación social asociados al proceso salud/enfermedad. Por otro lado, no existe una definición universal de la</p>

<p>utopía, Medwave 2013;13(4):5667 doi: 10.5867/medwave.2013.04.566 7</p>	<p>atención primaria en salud. La influencia en las políticas en salud debe dirigirse a las colectividades y al individuo en un marco de significado sustentado en la problemática emergente de cada país, en busca de “garantizar la salud”. Varias investigaciones han intentado explicar por qué la atención primaria en salud difiere de un país a otro. Éstas han concluido que el desarrollo histórico de la salud y los servicios de salud, aunado a los sistemas políticos y sociales, pueden explicar la gran variedad de conceptos y aplicaciones en cada país. Como cualquier programa social, la atención primaria en salud sufrirá cambios por influencias internas y externas, ideológicas, políticas, económicas (neoliberalismo) e intereses multinacionales. Todo esto debe condicionarle adaptación, evolución y teorización.</p>
<p>[15] Secretaría de Salud, Modelo de Atención Integral de Salud, México, 2015</p>	<p>En este Modelo se asegura que se incorporan los avances y lecciones aprendidas de los modelos desarrollados con anterioridad centrandó la atención en la persona, opera en redes integrales de servicios y promueve la participación de la población a través de la integración de redes sociales.</p> <p>Se asegura que en la ruta a la creación del Sistema Nacional de Salud Universal que garantice a todo mexicano la protección a la salud, independientemente de su condición social o laboral, el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud, se requiere del diseño, desarrollo, implementación e institucionalización de un Modelo de Atención Integral de Salud, enfocado a contribuir a la homogenización de los servicios y las prácticas del Sector Salud, así como, optimizar los recursos y la infraestructura en salud, esto significa entender el Modelo como un factor de fortalecimiento de la Función Rectora del Sistema, que reafirma que el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios son responsabilidades compartidas entre diversos actores; pero el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Regulación y la Conducción del Sistema, constituyen responsabilidades exclusivas de la Autoridad Sanitaria</li> <li>- Renovar y fortalecer la estrategia de APS en cada una de las intervenciones que se ofrezca a la población.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer, reorganizar y articular las RISS para la prestación de servicios, altamente resolutivos, con una visión de atención integral para la ciudadanía.</li> <li>- Reorganizar, reorientar y fortalecer a la jurisdicción sanitaria como responsable de la operación de los SILOS.</li> <li>- Promover la participación ciudadana, como agentes de cambio en la cultura</li> </ul>
<p>[16] Rivera, Juan, Perez Cuevas, Ricardo, Reyes, Hortensia Lazcano, Eduardo, et. al. Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2018.</p>	<p>Es crítico para el país que los servicios de salud pública y atención primaria se fortalezcan y converjan para lograr los atributos de ser accesibles, congruentes con las demandas y necesidades de la población, brinden la mejor calidad posible y contribuyan a lograr la aspiración de la cobertura universal.</p> <p>Los servicios de salud públicos afrontan retos importantes para llegar a toda la población de manera continua y sin barreras. El paradigma de la atención primaria de privilegiar la atención a la salud contrasta con el enfoque actual del sistema de salud orientado hacia la atención de la enfermedad.</p> <p>Para los servicios de atención primaria, los motivos de consulta son cada vez más complejos, pues a la atención de la salud materno-infantil y las enfermedades infecciosas, se han sumado las ECNT como una prioridad más y que representan una carga económica mayor para el sistema de salud, la sociedad y los usuarios. A esta situación se agrega el envejecimiento poblacional, que se traduce en una necesidad creciente de programas y servicios sociales y de salud que precisan más oportunidades para una vejez activa y saludable.</p> <p>Las instituciones del Sector Salud tienen avances para modernizar la oferta de servicios de atención primaria y de salud pública; sin embargo, estos avances no se han logrado expandir cabalmente y no están diseñados para converger hacia una oferta homogénea que permita unificar al Sector. No podrá mejorarse la atención primaria ni encarar los retos en salud sin una política explícita de recursos humanos.</p> <p>La calidad de atención debe ser una prioridad para el sector salud. Para que un sistema de salud sea de alta calidad es crucial garantizar la calidad en tres principales dominios: (I) las bases del</p>

	<p>sistema, (II) los procesos de atención a la salud y (III) los impactos del sistema.</p>
<p>[17] Ramírez-Elías, Angélica. Atención Primaria a la Salud: a propósito de lo pendiente e importante. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018;26(4):227-31</p>	<p>La Declaración de Astaná establece claros compromisos en cuatro esferas básicas para tratar de alcanzar la cobertura sanitaria universal a más tardar en 2030, en el marco de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: 1. Tomar decisiones políticas audaces a favor de la salud en todos los sectores. 2. Establecer una APS que sea sostenible. 3. Empoderar a las personas y a las comunidades. 4. Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales. Debemos aspirar a constituirnos como un sistema de salud basado en la renovada APS, concebido con un enfoque amplio de la organización y operación de los servicios de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Que además se encuentre sustentado en principios orientadores propios de la APS, tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, alineación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Existen varias razones que justifican la adopción de una estrategia renovada en cuanto a la APS: los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir, la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS, y, por último, el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la</p>

	<p>sociedad para reducir las inequidades en salud. Un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el tan anhelado nivel de salud más alto posible para todos.</p>
<p>[18] Santos, Hilda y Limón, Natali. El derecho a la salud en el nuevo Modelo Integral de Atención de México, Revista Cubana de Salud Pública. 2018;44(3): e930</p>	<p>La ejecución del Modelo Integral de Atención de Salud (sic) recientemente implementado en varias entidades federativas del país, ofrece la oportunidad de que a todos los mexicanos se les brinde ese derecho a la salud, que reconoce como un derecho humano. Sin embargo, en términos de acceso y resultados en salud en el caso mexicano la desigualdad existe en detrimento de la población con menores ingresos y mayor marginalidad.</p> <p>El acceso efectivo a los servicios de salud se esboza como la operacionalización de la cobertura universal en salud y para darse ese acceso efectivo, ante la necesidad percibida, debe contarse con la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que estos tengan la capacidad resolutive y calidad requeridas.</p>
<p>[19] Fajardo-Dolci Germán, et.al. Características generales de la educación médica en México. Una mirada desde las escuelas de medicina. Salud Publica Mex. 2019;61:648-656.</p>	<p>Se realizó un estudio transversal y cuantitativo para conocer las características de la educación médica en 29 escuelas de medicina en México, entre abril y septiembre de 2017. Se utilizó un cuestionario con escala tipo Likert para explorar el contexto, la regulación, la estructura, el proceso, los resultados y el impacto de la educación médica.</p> <p>Respecto a práctica orientada a la atención primaria de salud, el 83% de las escuelas refirió que los egresados tienen suficiente práctica y competencias de salud pública y medicina preventiva, pero sólo 65% refiere que ellos optan por la APS y el primer nivel de atención.</p> <p>Aunque la mayoría de escuelas aseguró haber incorporado los cambios epidemiológicos y demográficos en su plan de estudios (90%), éstas perciben que el sistema de salud no ha realizado el mismo esfuerzo para adaptar los servicios a dichas transiciones (17%) ni para incorporar el enfoque de APS (48%). De ser ciertas estas percepciones, indicarían que los modelos</p>

	pedagógico y de servicios de salud marchan asincrónicos y ello constituye una dificultad para la educación médica, ya que lo que se enseña en las aulas no es lo que necesariamente se practica en los servicios.
--	---

## OMS/OPS

<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Conclusiones</b>
Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Washington, D.C.: OPS, 2007.	<p>Desde hace más de 25 años se reconoce a la Atención Primaria de Salud (APS) como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Las experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo demuestran que la APS puede interpretarse y adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. La situación actual requiere de un examen exhaustivo de la APS —tanto en la teoría como en la práctica—, así como de una mirada crítica acerca de cómo puede “renovarse” con el fin de que refleje mejor las necesidades contemporáneas en materia de salud y de desarrollo de la población.</p> <p>Existen varias razones que justifican la adopción de una estrategia renovada en cuanto a la APS: los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS; y por último, el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Es más, se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a objetivos de desarrollo, incluidos los presentes en la</p>



	<p>Declaración del Milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos. A partir del examen de los conceptos y componentes de la APS y la evidencia de su impacto, este documento, elaborado sobre el legado de Alma Ata y el movimiento de APS, condensa las lecciones aprendidas de las experiencias de la APS y de las reformas de los sistemas de salud, y propone un conjunto de valores, principios y elementos esenciales para crear los sistemas de salud basados en la APS. A su vez, plantea que tales sistemas son indispensables para abordar la “agenda inconclusa de salud” en la Región de las Américas, así como para consolidar y mantener los logros alcanzados, y enfrentar los nuevos desafíos y compromisos en materia de salud y desarrollo del siglo XXI. El objetivo último de la renovación de la APS es obtener resultados sostenibles de salud para todos. La propuesta contenida en este documento está llamada a ser visionaria, ya que la materialización de sus recomendaciones y del potencial de la APS dependerá solamente de nuestro nivel de compromiso y nuestra capacidad de innovación.</p>
<p>Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. OMS, 2008.</p>	<p>Así pues, los valores fundamentales definidos hace tres décadas por el movimiento en pro de la APS están ahora mucho más presentes en numerosos contextos que en la época de la Declaración de Alma-Ata. Y no existen sólo como convicciones morales defendidas por un grupo de intelectuales de vanguardia, sino que cada vez tienen más fuerza como expectativas sociales concretas, sentidas y reafirmadas por amplios grupos de ciudadanos ordinarios de sociedades en proceso de modernización. Hace 30 años, muchos consideraban radicales los valores de equidad, centralidad de las personas, participación comunitaria y libre determinación propugnada por el movimiento en pro de la APS. Actualmente esos valores se han convertido en expectativas sociales para la salud ampliamente compartidas, que cada vez son más comunes en muchas sociedades del mundo, aunque el lenguaje utilizado para expresarlas pueda ser distinto del empleado en Alma-Ata. Este paso de unos principios éticos formales a unas expectativas sociales generalizadas altera</p>

	<p>fundamentalmente la dinámica política en torno al cambio de los sistemas de salud y abre nuevas oportunidades de generar impulso social y político para encauzar los sistemas de salud en la dirección que las personas desee. Asimismo, hace que el debate deje de ser una discusión puramente técnica sobre la eficacia relativa de diversas maneras de «tratar» los problemas de salud e incluya consideraciones políticas sobre los objetivos sociales que definen el rumbo que deben tomar los sistemas de salud. Las reformas de la APS tienen por objeto canalizar los recursos de la sociedad hacia una situación de mayor equidad y no exclusión, servicios de salud que giren en torno a las necesidades y expectativas de la población y políticas públicas que garanticen la salud de las comunidades. La participación de los ciudadanos y otros interesados es requisito indispensable de todas esas reformas: reconocer que los intereses creados tienden a llevar a los sistemas de salud en distintas direcciones pone de relieve la importancia del liderazgo y la previsión y del aprendizaje continuo para obtener mejores resultados.</p>
<p>Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS, 2008</p>	<p><b>Elementos esenciales</b></p> <p>1. ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL Desde la perspectiva de la APS el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.</p> <p>2. ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa.</p> <p>3. ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p>

	<p>Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención.</p> <p>4. ATENCIÓN APROPIADA</p> <p>La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.</p> <p>5. ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA</p> <p>Significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones.</p> <p>6. MECANISMOS ACTIVOS DE PARTICIPACIÓN</p> <p>La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles; así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil.</p> <p>7. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL</p> <p>Es de gran importancia el dominio del Marco legal e institucional, el cual está relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del sector de la salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo.</p>
--	---

#### 8. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS

Las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones.

#### 9. POLÍTICAS Y PROGRAMAS PRO EQUIDAD

Se debe estimular dentro de los miembros del EAP, el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades y asegurarse que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud.

#### 10. PRIMER CONTACTO

La APS constituye la puerta de entrada al sistema de salud y de los servicios sociales, donde se da respuesta a las necesidades de salud. Un Sistema basado en la APS viene a fortalecer el primer nivel de atención, a pesar de que su estructura y funcionamiento es más compleja.

#### 11. RECURSOS HUMANOS APROPIADOS

En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios: a los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño. Para lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación e incentivos.

#### 12. RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES

Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben de ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad estos pueden variar de acuerdo a los países.

#### 13. ACCIONES INTERSECTORIALES

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con

	los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.
--	---