



Foto: Martín Solano Lira, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.

La Atención Primaria de Salud como principio estructural del Modelo MAS-BIENESTAR y su incorporación en los tres niveles de atención del IMSS Bienestar

Carrera-Cerón, R. E.^{a*}

La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar) se inscribe en el proceso de reconfiguración del sistema público de salud mexicano orientado a la garantía efectiva del derecho constitucional a la protección de la salud para la población sin seguridad social. En este contexto, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), formalizado en 2022, constituye el marco normativo que orienta la organización y provisión de los servicios de salud, declarando explícitamente a la Atención Primaria de Salud (APS) como su eje conceptual y operativo (1–3).

Sin embargo, la APS no representa un constructo estable ni de interpretación homogénea. Desde su formulación en la *Declaración de Alma-Ata*, el concepto ha sido objeto de múltiples reinterpretaciones, las cuales han oscilado entre su comprensión como estrategia integral de organización de los sistemas de salud a la reducción funcional en el primer nivel de atención. Estas divergencias conceptuales adquieren relevancia particular en procesos de reforma institucional como el del IMSS Bienestar, donde la traducción operativa de la APS condiciona la reorganización de los servicios en todos los niveles de atención.

^a Coordinación de Educación e Investigación, Oficinas Centrales. IMSS Bienestar.

* rocio.carrera@imssbienestar.gob.mx

La Atención Primaria de Salud: Evolución conceptual y antecedentes institucionales

La APS fue definida en Alma-Ata como una estrategia orientada a garantizar el acceso universal a la salud mediante acciones integrales, participativas y socialmente contextualizadas. No obstante, su traducción operativa en diversos sistemas de salud derivó con frecuencia en interpretaciones parciales, asociadas a servicios básicos o a niveles de menor complejidad tecnológica, lo que contribuyó a una comprensión fragmentada del concepto (4,5).

En el caso mexicano, la trayectoria institucional de programas dirigidos a población sin seguridad social (desde IMSS-COPLAMAR hasta IMSS-PROSPERA) incorporó elementos centrales de la APS, particularmente en lo relativo a la territorialización de los servicios, la participación comunitaria y la proximidad geográfica. Estas experiencias anteceden al IMSS Bienestar y constituyen un referente relevante para comprender la actual adopción del enfoque de APS en el MAS-BIENESTAR (6,7).

La publicación del MAS-BIENESTAR reubica a la APS en un marco normativo alineado con la reforma constitucional de 2020 y con la conceptualización contemporánea de los sistemas de salud basados en la APS como estrategia para avanzar hacia la cobertura universal (2,8).

Puntos de convergencia entre la APS y el MAS-BIENESTAR

El MAS-BIENESTAR adopta la definición de APS propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que la concibe como un enfoque integral sustentado en tres componentes: la provisión de servicios integrados a lo largo del curso de vida; la acción sobre los determinantes sociales mediante políticas intersectoriales; y el fortalecimiento de la capacidad de agencia de personas y comunidades en relación con su salud (4,9).

Esta concepción se expresa en la estructura operativa del modelo, organizada en cinco ejes (promoción de la salud, prevención de enfermedades, aten-

ción médica, rehabilitación y cuidados paliativos) que atraviesan los tres niveles de atención (1). De esta manera, el MAS-BIENESTAR enuncia un entendimiento de la APS que va más allá del ámbito del primer contacto y la sitúa como principio ordenador-rector de la continuidad, la integralidad y la coordinación de los servicios de salud.

Asimismo, el modelo incorpora herramientas analíticas y operativas alineadas con marcos internacionales de evaluación y desempeño de la APS, tales como la gestión de la salud poblacional, la asignación territorial de responsabilidades sanitarias y el trabajo en equipos multidisciplinarios, lo que refuerza su coherencia conceptual con la iniciativa *Primary Health Care Performance Initiative (PH-CPI)* y los marcos de la OMS (9–11).

Interpretaciones diferenciadas de la APS y su efecto en la organización de los servicios

A pesar de la consistencia normativa del MAS-BIENESTAR, la implementación del enfoque de APS se ve atravesada por interpretaciones institucionales heterogéneas. Documentos formativos del propio sector salud reconocen la persistencia de una comprensión restringida de la APS, asociada predominantemente con el primer nivel de atención o con la provisión de servicios de baja complejidad (6).

Esta interpretación tiene implicaciones diferenciadas en los distintos niveles de atención. En el segundo nivel, el enfoque de APS tiende a diluirse frente a modelos organizativos hospitalocéntricos, lo que limita su incorporación en procesos como la continuidad del cuidado, la coordinación clínica y el manejo integral de condiciones crónicas. En el tercer nivel, el énfasis en la alta especialidad contribuye a invisibilizar la pertinencia de la APS en funciones como la articulación en redes de servicios, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Aunque el MAS-BIENESTAR plantea a la APS como un principio transversal a todo el sistema, la apropiación de esta perspectiva muestra variabilidad entre niveles, contextos territoriales y actores institucionales (1,6).

Condiciones institucionales para la articulación de la APS en los tres niveles de atención

La implementación del MAS-BIENESTAR se desarrolla en un entorno caracterizado por desafíos estructurales históricos del sistema de salud mexicano, entre ellos la fragmentación institucional, el financiamiento insuficiente, las desigualdades territoriales y las brechas en capacidad instalada y recursos humanos (1,12).

No obstante, el proceso de federalización de los servicios estatales de salud, la creación de coordinaciones estatales y regionales, y el establecimiento de equipos de conducción regionales y zonales configuran un entramado organizativo que posibilita una implementación territorial del enfoque de APS (1). En este marco, la APS se expresa de manera diferenciada según el nivel de atención:

En el primer nivel, mediante acciones de gestión poblacional y vinculación comunitaria; en el segundo nivel, a través de mecanismos de articulación clínica y hospitalaria; y en el tercer nivel, por medio de su integración funcional en redes de servicios y dispositivos de atención continua.

Consideraciones finales

El MAS-BIENESTAR formaliza una concepción de la APS alineada con los marcos internacionales contemporáneos y la posiciona como principio estructurante del sistema de salud orientado a la población sin seguridad social. Sin embargo, el análisis evidencia que su implementación se encuentra mediada por interpretaciones conceptuales diversas y por condiciones organizativas heredadas.

La APS, en este contexto, puede ser comprendida no como un nivel de atención específico, sino como un marco analítico y operativo que articula funciones clínicas, organizativas y comunitarias a lo largo del sistema. La manera en que esta conceptualización se traduzca en prácticas institucionales concretas constituye un objeto central de análisis para la evaluación del desempeño y la sostenibilidad del IMSS Bienestar.

REFERENCIAS

1. Borja-Aburto VH. *La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México*. Salud Publica Mex. 2024;66(5):670-676. <https://doi.org/10.21149/15755>
2. Diario Oficial de la Federación. *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)*. DOF; 31 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx>
3. Diario Oficial de la Federación. *Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)*. DOF; 25 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx>
4. World Health Organization, United Nations Children's Fund. *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications>
5. Organización Panamericana de la Salud. *La atención primaria de salud en las Américas: conceptualización y orientación estratégica*. Washington D.C: OPS; 2007.
6. Instituto de Salud para el Bienestar. *Guía de estudio: Introducción a la Atención Primaria de Salud*. México: Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud; 2023.
7. Gobierno de México. *Historia del IMSS Bienestar. México: IMSS-BIENESTAR*; s.f. Disponible en: https://www.imssbienestar.gob.mx/04_historia.html
8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Artículo 4º*. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2020.
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund. *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications>
10. World Health Organization, United Nations Children's Fund. *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*. Geneva: WHO; 2022.
11. Ratcliffe HL, Schwarz D, Hirschhorn LR, Cejas C, Diaillo A, García-Elorrio E, et al. *PHC Progression Model: a novel mixed-methods tool for measuring primary health care system capacity*. *BMJ Glob Health*. 2019;4(5):e001822. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001822>
12. Lozano R, Razo C, Montoya A, Morales-Juárez L, Ríos-Blancas MJ, Cagney J. *La carga de la enfermedad, lesiones y factores de riesgo en México, 1990-2021*. *Gac Med Mex*. 2023;159(5):469-478. <https://doi.org/10.24875/GMM.23000428>



Foto: Martín Solano Lira, Hospital Comunitario de Vícam Switch, Sonora.