

# La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México

Víctor Hugo Borja-Aburto, PhD.<sup>(1)</sup>

**Borja-Aburto VH.**  
**La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México.**  
**Salud Publica Mex. 2024;66:670-676.**  
<https://doi.org/10.21149/15755>

**Borja-Aburto VH.**  
**Primary health care on the Mexican model of health care for well-being.**  
**Salud Publica Mex. 2024;66:670-676.**  
<https://doi.org/10.21149/15755>

## Resumen

El Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar (IMSS-BIENESTAR), nueva institución encargada de la atención a la salud de las personas sin seguridad social en los estados mexicanos que firmen convenios con este propósito, basará la atención médica en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. Este modelo se sostiene en la atención primaria de salud que considera: a) servicios de salud integrados para satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de sus vidas; b) abordar los determinantes más amplios de la salud a través de políticas y acciones multisectoriales, y c) empoderar a individuos, familias y comunidades para que se hagan cargo de su propia salud. Se busca satisfacer las necesidades a lo largo del proceso continuo, que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. El componente de atención colectiva estará a cargo de la Secretaría de Salud Federal y de las secretarías de salud estatales, así como del Servicio Nacional de Salud Pública en vinculación con los operadores de servicios de salud del sector. El componente de atención médica será responsabilidad de IMSS-BIENESTAR. En este artículo se presenta la manera en la que el IMSS-BIENESTAR implementará este modelo de atención durante los siguientes años. Se plantea la manera operativa a través de equipos de conducción multidisciplinarios regionales y zonales, y se delinearán los indicadores que serán empleados para su evaluación y seguimiento.

Palabras clave: modelos de atención de salud; atención primaria de salud; servicios de salud

## Abstract

*Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar (IMSS-BIENESTAR, in Spanish), the new institution in charge of providing health care to people without social security in the Mexican states that sign agreements for this purpose, will base its medical care on the model of health care for well-being. This model is based on primary health care, which considers: a) integrated health services to meet the health needs of people throughout their lives; b) addressing the broader determinants of health through multisectoral policies and actions; and c) empowering individuals, families, and communities to take charge of their own health. The goal is to meet needs throughout the continuum that goes from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation, and palliative care, and as close as possible to people's daily environment. The collective care component will be the responsibility of the Federal and State Health Secretariats, as well as the National Public Health Service in conjunction with the health service operators of the sector. The healthcare component will be the responsibility of IMSS-BIENESTAR. This article presents how IMSS-BIENESTAR will implement this care model over the next few years. It proposes regional and zonal multidisciplinary management teams and outlines the indicators that will be used for their evaluation and monitoring.*

Keywords: healthcare models; primary health care; health services

(1) Unidad de Atención a la Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. Ciudad de México, México.

**Fecha de recibido:** 8 de marzo de 2024 • **Fecha de aceptado:** 11 de julio de 2024 • **Publicado en línea:** 17 de septiembre de 2024  
Autor de correspondencia: Dr. Víctor Hugo Borja-Aburto. Ex Titular de la Unidad de Atención a la Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. Chiapas 112-501, col. Roma. 06700 Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.  
Correo electrónico: v.borjaaburto@yahoo.com.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

## Antecedentes

En México se reconoce la protección de la salud como un derecho a nivel constitucional desde 1983 en el artículo 4.º de la Carta Magna, pero garantizar este derecho no ha sido fácil. A lo largo de los 40 años de este reconocimiento se han establecido políticas de atención de la salud en seguimiento a recomendaciones internacionales de descentralización de los servicios a los estados, de financiamiento y de aseguramiento específico de algunas enfermedades. Además, se han creado diversas instituciones para operar estas políticas. Ahora bien, el sistema de salud mexicano sigue fragmentado, es poco eficiente y mantiene a una parte de la población sin acceso efectivo a la atención integral de su salud, por lo que se encuentra en un proceso de evolución.<sup>1</sup>

Los servicios de salud están segmentados con base en la condición laboral de la población. No existe un mecanismo claro de coordinación para la continuidad de la atención de la salud de las personas trabajadoras y sus familias al entrar y salir de un empleo formal. Además, el financiamiento del sistema de salud para la población sin seguridad social está muy por debajo del financiamiento de los seguros de enfermedades y maternidad de la seguridad social.<sup>2</sup>

La baja cobertura efectiva del sistema por tiempos de espera prolongados, la inaccesibilidad geográfica y los problemas de acceso inmediato a medicamentos propiciaron la expansión del sector privado de la atención médica ambulatoria y el consecuente gasto en salud por las familias, que actualmente corresponde a cerca de 40% del gasto total en salud del país.<sup>3</sup> La atención cercana y sostenida en el curso de la vida es un aspecto crucial para las personas en desarrollo y para quienes viven con una enfermedad crónico-degenerativa.<sup>4</sup> Estas deficiencias del sistema se reflejan en las elevadas tasas de letalidad para diabetes, enfermedad cerebrovascular, cardiopatías isquémicas y diversos tipos de cáncer.<sup>5</sup>

Para garantizar el acceso universal efectivo a los servicios de salud es necesario planear y garantizar la capacidad técnica y operativa en todos los niveles de la estructura del sistema de salud. La persistencia de numerosas inequidades e insuficiencias gerenciales entre las instituciones y estados mantiene la segmentación institucional, duplicidad de gastos, rezago en el fortalecimiento de las estructuras, inequitativa distribución geográfica de los recursos, desbalanceada disponibilidad de personal y diferencias en calidad.

## El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar

Con la finalidad de atender esta problemática del sistema de salud mexicano, en 2020 se reformó el artículo 4.º constitucional para agregar la ley que define un sistema de salud para el bienestar, y así garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. En consecuencia, se han realizado diversos cambios a la Ley General de Salud, entre los que recientemente se incluyó la creación de una nueva institución,<sup>6</sup> la necesidad de un Programa Estratégico de Salud<sup>2</sup> y la definición de un modelo de atención,<sup>7</sup> mismos que fueron publicados en 2022.

La estrategia nacional de transformación en salud incluyó la creación del organismo público descentralizado llamado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), como prestador de los servicios médicos en aquellas entidades donde se establezcan acuerdos para el traspaso de la responsabilidad de la atención médica de las secretarías de salud estatales a este nuevo organismo.

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) es parte del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar de la Federación. Este programa tiene el objetivo de llevar a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados en el Sistema de Salud para el Bienestar, que incluye a todas las instituciones públicas de salud, con énfasis en la población sin seguridad social.

El MAS-Bienestar se basa en los principios y la práctica de la atención primaria de salud (APS). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la APS como la forma más inclusiva, equitativa y rentable de lograr la cobertura universal de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que el concepto de APS ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978, lo que ha generado confusión sobre su significado, frecuentemente confundido con la atención en el primer nivel de atención. Para orientar su puesta en práctica, la OPS ha elaborado la siguiente definición:

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible, a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el

tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.<sup>8</sup>

La APS tiene tres componentes: 1) servicios de salud integrados para satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de sus vidas; 2) abordar los determinantes más amplios de la salud a través de políticas y acciones multisectoriales, y 3) empoderar a individuos, familias y comunidades para que se hagan cargo de su propia salud.

A su vez, el MAS-Bienestar contempla dos componentes esenciales: el primero es de atención colectiva, cuyo desarrollo y seguimiento estará a cargo de la Secretaría de Salud Federal y las secretarías de salud estatales, así como del Servicio Nacional de Salud Pública en vinculación con los operadores de servicios de salud del sector. Por otro lado, el segundo componente de atención médica será responsabilidad del IMSS-BIENESTAR.

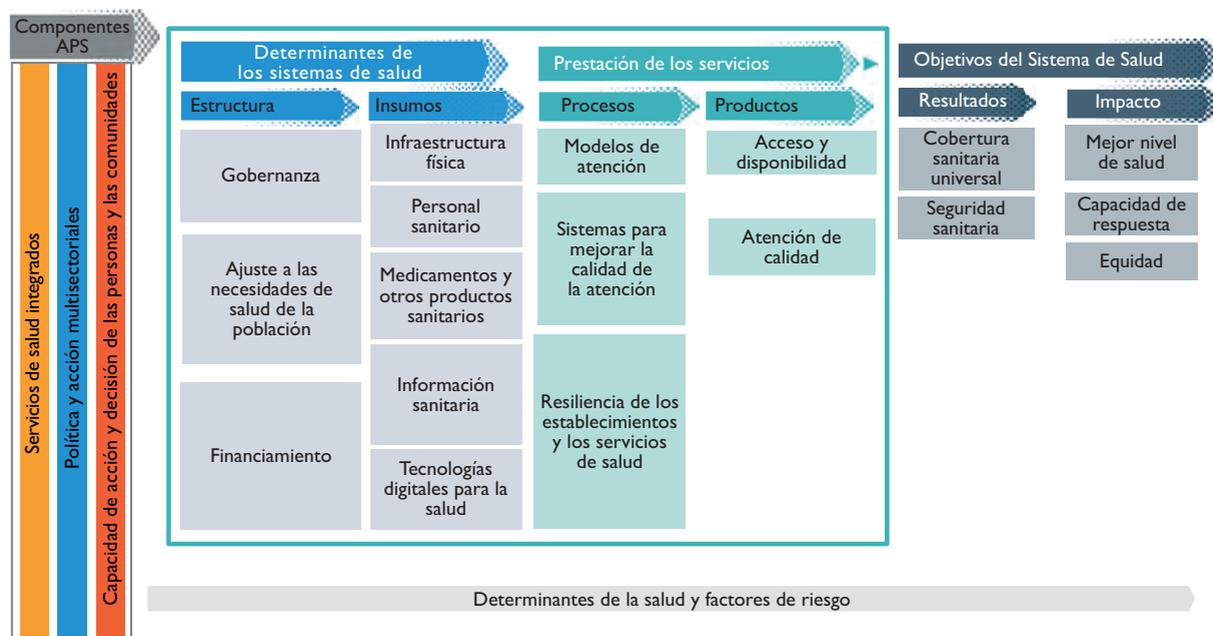
El nuevo modelo de atención MAS-Bienestar funcionará también como la base para la transformación de los modelos de atención que se mantengan bajo la responsabilidad operativa de las entidades federativas y, al armonizarse con los modelos de atención a la salud de las instituciones de seguridad social, será una pieza fundamental hacia el objetivo superior de la universalización de los servicios de salud a la población mexicana.<sup>6</sup>

## La atención primaria de salud en el IMSS-BIENESTAR

Para operacionalizar la APS se adoptó el marco conceptual propuesto por la OMS que permite evaluar la progresión o implementación de sus distintos componentes. La figura 1 muestra este marco conceptual.<sup>9,10</sup> Los primeros elementos del modelo se refieren a las políticas, gobernanza y capacidad institucional, mientras que los siguientes se refieren al funcionamiento y desempeño de los servicios que se espera tendrán resultados sobre la cobertura efectiva de los servicios, que a su vez tendrán efectos sobre la salud de la población.

### Determinantes del sistema de salud

En el proceso de transformación del sistema de salud mexicano se han tenido importantes avances en los determinantes del mismo, como la gobernanza, el ajuste a las necesidades, el financiamiento, la infraestructura física, el personal, los medicamentos y otros insumos.<sup>1</sup> La salud se estableció como prioridad en la transformación del país, pero de manera más importante, ésta se ha beneficiado por la mejora del salario mínimo y los apoyos a grupos vulnerables de la población (como son adultos mayores, discapacitados y niños y jóvenes en edad escolar) debido a que la salud y el bienestar no son



Fuente: World Health Organization, United Nations Children's Fund.<sup>10</sup>

**FIGURA 1. MARCO CONCEPTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS), ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

sólo el resultado de la interacción de los individuos con el sistema de salud, sino también de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, coexisten, trabajan y envejecen.

El derecho a la salud y la gobernanza del sistema se han establecido a través de cambios constitucionales y legislativos. Se han reformado el artículo 4.º de la Constitución, la Ley General de Salud y la Ley de Coordinación Fiscal, con el fin de facilitar la organización del sistema de salud para el bienestar, prohibir el cobro por los servicios de salud en las instituciones públicas y favorecer la extensión progresiva cuantitativa y cualitativa para la atención integral de la salud a las personas sin seguridad social.

Las acciones del sistema se establecieron en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Se creó el IMSS-BIENESTAR para la federalización de los servicios de salud. El Programa Estratégico de Salud y el MAS-Bienestar contemplan la APS como estrategia para su organización, donde las acciones de atención médica estarán a cargo de las instituciones de atención médica, las acciones de salud pública a cargo de los servicios estatales de salud a través de los distritos de salud y la rectoría del sistema a cargo de la Secretaría de Salud Federal.

Ha habido crecimiento en el gasto público en salud en los últimos años,<sup>3</sup> sin embargo, se mantiene por debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y persiste el gasto per cápita diferenciado por institución a favor de las personas afiliadas a la seguridad social.

Se ha ampliado la disponibilidad de medicamentos a partir de la estrategia de triple optimización y la compra consolidada de medicamentos y material de curación, con un amplio margen pendiente de mejora en el proceso de planeación, distribución y control de los mismos.

Se han eliminado las limitaciones para la atención de enfermedades llamadas “de alto costo”, sin embargo, persiste la necesidad de adaptar el sistema de salud a los principales problemas de salud de la población. Las enfermedades cardiometabólicas representan una gran carga para la población por la pérdida de años de vida salud que provocan.<sup>9</sup> Entre los hombres jóvenes, la violencia interpersonal ocupa los primeros lugares como carga de enfermedad. Los prematuros y el bajo peso siguen teniendo gran importancia. Los factores de riesgo incluyen factores asociados con alimentación, sedentarismo, tabaco y alcohol, así como falta de control de la glucosa y tensión arterial.

En esta transformación del sistema de salud se rehabilitaron las unidades médicas abandonadas y se ha avanzado en el equipamiento médico hospitalario; hubo una importante transformación hospitalaria durante la pandemia. Sin embargo, todavía hay pendientes de

infraestructura para alcanzar las metas establecidas en el MAS-Bienestar.

Ha habido un importante avance en el proceso de mejora de los salarios y estabilidad laboral del personal de salud. Casi se ha duplicado la formación de médicos especialistas y su contratación para mejorar el acceso a los servicios especializados. Se encuentra en proceso el desarrollo de sistemas informáticos en salud integrados que permitirán dar seguimiento a las capacidades institucionales y al desempeño de los servicios.

### **Implementación del MAS-Bienestar en la prestación de servicios médicos**

El modelo de atención<sup>7</sup> establece que los servicios de salud en los tres niveles de atención deben reorganizarse para atender de manera integral las necesidades de salud a lo largo de la vida a través de cinco ejes: acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica, rehabilitación y cuidados paliativos. Los ejes de promoción de la salud y prevención de enfermedades tendrán una importante vinculación con los servicios de salud pública.

El MAS-Bienestar<sup>7</sup> se basa en los cinco elementos de la prestación de servicios de salud establecidos en el marco conceptual de la APS. Los primeros cuatro elementos son: 1) gestión de la salud poblacional; 2) organización y gestión de los servicios; 3) acceso, y 4) servicios disponibles y efectivos. Estos elementos pueden tener como resultado el quinto, el cual está relacionado con los atributos de desempeño de la APS en relación con la accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación de la atención de las personas.

El MAS-Bienestar considera la gestión de la salud poblacional participativa como un enfoque que integra el alcance proactivo y el compromiso con la comunidad en la prestación de los servicios de salud. Cambia de una atención reactiva a una atención proactiva de los grupos poblacionales que atiende.

La gestión de la salud poblacional<sup>10</sup> parte del conocimiento de la población bajo su responsabilidad a través de un censo elaborado de manera coordinada con el distrito o jurisdicción sanitaria, y un análisis de la situación de salud participativo que permite identificar las necesidades de salud, priorizarlas de manera conjunta con la comunidad, para interactuar activamente con ésta y respaldar el acceso equitativo; de igual forma permite planificar e implementar de manera eficaz una amplia gama de estrategias, es decir, se abordan los procesos de: a) identificación de las necesidades de salud (desde factores de riesgo y estados de salud); b) estratificación (de acuerdo con los grados o niveles de salud de la población); c) focalización (se aplican estrategias de pro-

moción de la salud, prevención o tratamiento de acuerdo con estratificación), y d) seguimiento (para garantizar la continuidad de la atención). Los componentes de este proceso de gestión son: establecimiento de prioridades de la comunidad, participación comunitaria, asignación poblacional de responsabilidad a un equipo de salud y búsqueda proactiva de la población.

El MAS-Bienestar contempla la atención eficaz en equipo con dos componentes centrales: una composición integral de equipos básicos de salud y una sólida cultura de equipo centrada en la comunicación, el respeto, la confianza y la práctica colaborativa entre sus miembros. El MAS-Bienestar requiere de capacidades de los directivos y líderes de los servicios de salud para establecer objetivos, coordinar operaciones, manejar recursos humanos y establecer relaciones externas a los servicios y hacia los pacientes. Asimismo, se debe favorecer que los líderes tengan y desarrollen competencias y habilidades para involucrar a la fuerza laboral y administrar de manera efectiva los servicios de salud.

Es indispensable la utilización efectiva de los datos que se producen a nivel de la unidad de salud a través de sistemas de información electrónicos, para coordinar la atención, monitorear el desempeño, impulsar la gestión y estimar los indicadores administrativos, y de vigilancia e impacto de la atención. El uso de sistemas de información incluye registro, recopilación y presentación de informes de salud pública, los datos de las unidades y el uso de estos, con el fin de establecer prioridades, propósitos clínicos, estratificación de riesgos, medición y administración del desempeño en todos los niveles de atención. Para lograr esto se requiere: 1) identificación individual de las personas atendidas, registro, recopilación e interpretación de datos; 2) uso de los datos para el establecimiento de prioridades y el seguimiento del desempeño; 3) analizar e informar los datos a las partes interesadas, y 4) incrementar la capacidad del personal para utilizar los sistemas de información.

### Programa de implementación

Para implementar el MAS-Bienestar para la prestación de servicios de atención médica en las unidades de salud y hospitales transferidos a IMSS-Bienestar, se inició un programa progresivo en tres diferentes fases: 1) planeación-arraque; 2) operación-continuidad, y 3) consolidación-evaluación. La implementación tiene como propósito:

- Estandarizar el proceso de implementación del MAS-Bienestar en las unidades de salud, hospitales y niveles de conducción.

- Armonizar e integrar las funciones y atribuciones de las unidades administrativas de la institución para una implementación sincrónica y efectiva.
- Establecer y fortalecer los procesos y procedimientos de la prestación de servicios de atención a la salud en los diferentes niveles de conducción, unidades de salud de primer nivel y hospitales de segundo y tercer nivel, para brindar atención con calidad y seguridad a la población objetivo del IMSS-BIENESTAR.
- Reorientar los servicios hacia la prevención a través de la promoción y fortalecimiento de acciones de promoción de la salud, y prevención de enfermedades, tanto al interior de las unidades de salud y hospitales, como en la comunidad, en la organización comunitaria en salud, así como en el Servicio Nacional de Salud Pública.

La primera parte ha sido la federalización de los servicios de salud de los estados adheridos a este proceso a partir de marzo de 2022, previo a la creación de IMSS-BIENESTAR, la cual inició en los estados de Nayarit, Colima y Tlaxcala. La implementación inicial en estos estados mostró la necesidad de contar con estructuras estatales y regionales que garanticen la implementación sostenible del modelo de atención a largo plazo.

De esta manera, a partir de finales de 2023 se han establecido coordinaciones estatales de IMSS-BIENESTAR; a su vez, los estados han sido regionalizados para tener delimitaciones territoriales de coordinación y control de los servicios hospitalarios a través de equipos multidisciplinarios llamados equipos regionales de supervisión y equipos zonales de supervisión para las unidades de primer nivel de atención. Esta misma estructura, a la que llamamos equipos de conducción, será la responsable de la implementación territorial progresiva del modelo de atención.

El modelo organizativo de planeación y organización partió de la integración de grupos técnicos de trabajo a nivel central, estatal, por niveles de conducción y cuerpos de gobierno hospitalarios (cuadro I).

A nivel central se organizó un comando de implementación conformado por integrantes de las unidades administrativas de la institución con capacidad de toma de decisiones y que cuenta con un equipo directivo de gestión. El líder del comando y el líder del equipo directivo de gestión son nombrados por el director general. El secretario ejecutivo es responsable del registro de avances del comando.

El comando estatal de implementación del modelo es una estructura encabezada por el coordinador estatal del IMSS-BIENESTAR con representación espejo de las jefaturas de servicio estatales que obedecen a las

**Cuadro I**  
**ESTRUCTURA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAS-BIENESTAR, MÉXICO**

Nivel	Nombre de la estructura	Funciones
Nacional	Comando central de implementación del MAS-Bienestar	Coordinación, planeación, dirección, análisis de procesos trazadores de implementación, capacidad, desempeño y resultados nacionales, gestión de brechas.
Estatad	Comité estatal de implementación del MAS-Bienestar	Capacitación, instrumentación, gestión, supervisión, asesoría, evaluación y seguimiento de procesos y procedimientos de implementación operativa.
Región hospitalaria	Equipos regionales de supervisión – implementación (ERS)	Capacitación, instrumentación, gestión, supervisión, asesoría, evaluación y seguimiento de procesos y procedimientos de implementación a nivel regional.
Zona de supervisión en primer nivel	Equipo zonal de supervisión (EZS)	Capacitación, instrumentación, gestión, supervisión, asesoría, evaluación y seguimiento de procesos y procedimientos de implementación operativa en unidades médicas de primer nivel.

funciones normativas sustantivas y de apoyo. Además de las funciones a nivel estatal de planeación, coordinación, monitoreo y toma de decisiones, se enfoca en identificar y establecer las necesidades de la población de su responsabilidad en el estado, ejerce la autoridad necesaria para atender dichas necesidades, conduce la implementación de manera local y realiza rendición de cuentas.

### Equipos de implementación y supervisión

Los equipos regionales de supervisión son los equipos multidisciplinarios compuestos por 7 a 10 integrantes que incluyen un coordinador médico regional, supervisores de atención médica, de educación, de enfermería, de epidemiología y prevención, administrativo, de acción comunitaria y un técnico polivalente. Su función es supervisar la operación de los servicios e identificar que sean acordes con los procesos normativos establecidos. Realizarán el monitoreo de los indicadores de capacidad, del desempeño y de los resultados del modelo bajo los mecanismos establecidos para tal fin. Estos equipos pueden ser básicos o ampliados dependiendo de la complejidad de las regiones de supervisión.

Los equipos zonales de supervisión se encargarán de implementar y, posteriormente, supervisar los servicios médicos de primer nivel. Están compuestos por un médico, una enfermera, un supervisor de acción comunitaria y un técnico polivalente. Tendrán a su cargo entre 15 y 25 unidades de primer nivel que visitarán mensualmente.

El MAS-Bienestar es un modelo basado en el marco conceptual y los pilares de la APS. El seguimiento a su implementación, evaluación y monitoreo considera los

indicadores de implementación de la APS. Se diseñó una matriz de indicadores con cédulas descriptivas con base en las recomendaciones de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).<sup>11,12</sup> Estos indicadores incluyen los siguientes puntos:

*Monitoreo de la capacidad institucional:* a) integración y funcionamiento de la estructura normativa y de conducción; b) estructuras de participación comunitaria y otros participantes multisectoriales; c) ajuste de los servicios a las necesidades de la población; d) investigación orientada a APS; e) financiamiento y asignación de recursos; f) sistemas de compra y pago; g) infraestructura física; h) personal de salud; i) medicamentos e insumos; j) sistemas de información en salud; k) tecnologías digitales para la salud, y l) sistema implementado de vigilancia epidemiológica e inteligencia en salud.

*Monitoreo del desempeño y funcionamiento de los servicios:* m) modelos de atención por nivel de atención y procesos sustantivos; n) diseño y cumplimiento resolutivo de cartera de servicios; ñ) organización y gestión de las unidades; o) vínculos y participación comunitaria; p) sistemas de gestión de calidad; q) unidades y servicios resilientes; r) accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad de los servicios; s) disponibilidad y preparación del servicio, y t) funciones básicas de la atención (centrado en la persona, continuidad, coordinación, integralidad, efectividad, eficacia, seguridad, eficiencia, oportunidad).

### Conclusión

La implementación del MAS-Bienestar se encuentra en proceso en los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.

Se trata de un programa a largo plazo que requerirá varios años para que pueda llegar a su fase de maduración desde las fases iniciales de planeación, capacitación, mejora de la capacidad institucional de infraestructura, personal, medicamentos y sistemas de información, así como el mejoramiento de los procesos de atención que modifiquen el desempeño y funcionamiento de los servicios y, finalmente, se reflejen en el bienestar y salud de la población en su conjunto. La atención al abasto de medicamentos e insumos, la contratación de personal y la infraestructura se encuentran avanzados y dependen en gran parte de la inversión que se les dedique, sin embargo, el mayor reto para la transformación del sistema será la manera de operar los servicios médicos, su vinculación con los servicios de salud pública, su orientación a la gestión de salud poblacional proactiva con sistemas de información que complementen las actividades de los equipos de salud y la atención a los determinantes sociales. Estos últimos puntos dependen más de la capacidad de atención de la salud colectiva, incluyendo la prevención, la cual va más allá de lo correspondiente a la atención de la salud-enfermedad individual, a cargo de las instituciones proveedoras de atención médica.

*Declaración de conflicto de intereses.* Víctor Hugo Borja Aburto fungió como titular de la Unidad de Atención a la Salud, Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR.

## Referencias

- Robledo Z. La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Publica Mex.* 2024. <https://doi.org/10.21149/15742>
- Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. México: DOF, 7 de septiembre de 2022 [citado marzo 8, 2023]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud. Gasto en Salud. Indicadores. México: Secretaría de Salud, 2023 [citado marzo 8, 2023]. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Doubova SV, Borja-Aburto VH, Guerra-y Guerra G, Salgado-de Snyder VN, González-Block MA. Loss of job-related right to healthcare is associated with reduced quality and clinical outcomes of diabetic patients in Mexico. *Int J Qual Health C.* 2018;30(4):83-290. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy012>
- Lozano R, Razo Ch, Montoya A, Morales-Juárez L, Ríos-Blancas MJ, Cagney J. La carga de la enfermedad, lesiones y factores de riesgo en México. Actualización del periodo 1990-2021. *Gac Med Mex.* 2023;159:469-78. <https://doi.org/10.24875/GMM.23000428>
- Secretaría de Gobernación. 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). México: DOF, 31 de agosto de 2022 [citado marzo 8, 2023]. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0)
- Secretaría de Gobernación. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). México: DOF, 25 de octubre de 2022 [citado marzo 8, 2023]. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0)
- 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. Ginebra: WHO, Unicef, 2018 [citado marzo 8, 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: OMS, Unicef, 2021 [citado marzo 8, 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351718/9789240023383-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Ginebra: WHO, Unicef, 2022 [citado marzo 8, 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240044210>
- WHO Regional Office for Europe. Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being. Primary health care policy paper series. Copenhagen: WHO, 2023 [citado marzo 8, 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316>
- Ratcliffe HL, Schwarz D, Hirschhorn LR, Cejas C, Diallo A, García-Elorrio E, et al. PHC Progression Model: a novel mixed methods tool for measuring primary health care system capacity. *BMJ Global Health.* 2019;4(5):e001822. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001822>